ESTIMATES

Public Health Agency of Canada

2005-2006
Estimates

Part III – Report on Plans and Priorities

Canada

The Estimates Documents

Each year, the government prepares Estimates in support of its request to Parliament for authority to spend public monies. This request is formalized through the tabling of appropriation bills in Parliament. The Estimates, which are tabled in the House of Commons by the President of the Treasury Board, consist of:

Part I – The Government Expense Plan provides an overview of federal spending and summarizes the key elements of the Main Estimates.

Part II – The Main Estimates directly support the *Appropriation Act*. The Main Estimates identify the spending authorities (votes) and amounts to be included in subsequent appropriation bills. Parliament will be asked to approve these votes to enable the government to proceed with its spending plans. Parts I and II of the Estimates are tabled concurrently on or before March 1.

Part III – Departmental Expenditure Plans, which is divided into two components:

1) **Reports on Plans and Priorities (RPPs)** are individual expenditure plans for each department and agency (excluding Crown corporations). These reports provide increased levels of detail over a three-year period on an organisation's main priorities by strategic outcome(s), program activity(s) and planned/expected results, including links to related resource requirements. The RPPs also provide details on human resource requirements, major capital projects, grants and contributions, and net program costs. They are tabled in Parliament by the President of the Treasury Board on behalf of the ministers who preside over the departments and agencies identified in Schedules I, I.1 and II of the *Financial Administration Act*. These documents are usually tabled on or before March 31 and referred to committees, which may then report to the House of Commons pursuant to Standing Order 81(4).

2) **Departmental Performance Reports (DPRs)** are individual department and agency accounts of results achieved against planned performance expectations as set out in respective RPPs. These Performance Reports, which cover the most recently completed fiscal year, are tabled in Parliament in the fall by the President of the Treasury Board on behalf of the ministers who preside over the departments and agencies identified in Schedules I, I.1 and II of the *Financial Administration Act*.

Supplementary Estimates directly support an *Appropriation Act*. The Supplementary Estimates identify the spending authorities (votes) and amounts to be included in the subsequent appropriation bill. Parliamentary approval is required to enable the government to proceed with its spending plans. Supplementary Estimates are normally tabled twice a year, the first document in early November and a final document in early March. Each Supplementary Estimates document is identified alphabetically A, B, C, etc. Under special circumstances, more than two Supplementary Estimates documents can be published in any given year.

The Estimates, along with the Minister of Finance's Budget, reflect the government's annual budget planning and resource priorities. In combination with the subsequent reporting of financial results in the Public Accounts and of accomplishments achieved in Departmental Performance Reports, this material helps Parliament hold the government to account for the allocation and management of public funds.

©Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented
by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2005

This document is available in multiple formats upon request.

This document is available on the TBS Web site at the following address: www.tbs-sct.gc.ca

Available through your local bookseller or by mail from
Canadian Government Publishing
Public Works and Government Services Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0S5

Telephone: (613) 941-5995
Fax: (613) 954-5779 or 1-800-565-7757 (Canada and U.S.A.)
Orders only: 1-800-635-7943 (Canada and U.S.A.)
Internet: http://publications.gc.ca

Catalogue No.: BT31-2/2006-III-123
ISBN 0-660-62757-4

105-04064/

Public Health Agency of Canada

2005 – 2006
Report on Plans and Priorities

Ujjal Dosanjh
Minister of Health

Table of Contents

Section I – Overview 1

Minister's Message 2

Message from the Minister of State (Public Health) 3

Message from the Chief Public Health Officer 4

Summary Information 5

Departmental Plans and Priorities 6

Section II – Analysis of the Agency's Strategic Outcome and Program Activity 11

Program Activity: Population and Public Health 12

Emergency Preparedness and Response 13

Emergency Preparedness Capacity 13

Emergency Response Capacity 15

Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control 16

Integrated Healthy Living Strategy 18

Integrated Strategies for Chronic Disease 19

Chronic Disease-Specific Strategies 20

Infectious Disease Prevention and Control 21

HIV/AIDS 22

Pandemic Influenza Preparedness 23

Health Care/Hospital Acquired (Nosocomial) Infections 25

Animal to Human (Zoonotic) Diseases 26

Public Health Tools and Practice 27

Public Health Tools and Applications Development 28

Building Public Health Human Resource Capacity 29

Other Programs and Services 30

Section III – Supplementary Information 33

Management Representation Statement 34

Organizational Information 35

Table 1: Departmental Planned Spending and Full Time Equivalents 36

Table 2: Program Activity for 2005–2006 37

Table 3: Voted and Statutory Items listed in Main Estimates 38

Table 4: Net Cost of Department for 2005–2006 38

Table 5: Sources of Revenue - Respendable Revenue 39

Table 6: Details on Transfer Payments Programs for the Public Health Agency of Canada 39

Table 7: Horizontal Initiatives 40

Section I:

Overview

Minister's Message

Addressing the fundamental issues of health is one of my key areas of focus as Minister of Health. Perhaps more than ever, effective strategies for health promotion, health protection, and disease and injury prevention are instrumental in helping Canadians maintain and improve their health.

The Government of Canada is putting renewed emphasis on public health through the newly created Public Health Agency of Canada and the identification of a new health leadership position – the Chief Public Health Officer. This reflects our understanding of, and commitment to, an integrated and comprehensive view of health. The Agency will be exploring innovative ways to promote and protect the health of Canadians and to engage citizens and stakeholders in shaping the Agency's policies, programs and priorities.

The creation of the Agency also marks the beginning of a new approach in federal leadership and partnership with the provinces and territories on public health. Governments, public health experts and citizens all agree that Canada needs to enhance its commitment to public health and strengthen its capacity to respond to increasingly complex public health issues.

Further, Canadians have said that we need to improve our ability to anticipate, track and respond to new and emerging infectious diseases as well as the growing number of risk factors common to many chronic diseases.

The Agency is committed to action on these two fronts.

This first *Report on Plans and Priorities* of the Public Health Agency of Canada outlines the Government of Canada's public health priorities. These priorities are intended to best reflect how the Government of Canada can continue to contribute to Canada's public health requirements, and how Canadians can benefit from a world-class public health system.

The Agency will look to capitalize on investments in public health networks of experts. It will demonstrate leadership, innovation and a commitment to action in public health in Canada. The Agency will also foster domestic and international partnerships with stakeholders to further enhance our government's commitment to ensure healthy Canadians and communities in a healthier world.

I am confident that the Agency will provide a meaningful contribution to Canada's public health system and the overall health of Canadians.

Ujjal Dosanjh
Minister of Health

Message from the Minister of State (Public Health)

The arrival of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in Canada was an event that none of us wants to see repeated. But it was also a wake-up call for Canadians, an early warning that, in today's world of rapid, transcontinental travel and mobile populations, delivering health care without a robust and active public health component is fighting only half the battle.

The creation in September 2004 of the Public Health Agency of Canada and the appointment of the country's first Chief Public Health Officer are two concrete signs that not only has the government learned the lesson of SARS but it has also launched a new era in health, one that stresses prevention alongside treatment.

As a physician, I know that one of the critical components of healthy public policy is a strong and effective public health system. That is why I am pleased that the Agency is up and running. It is also personally gratifying for me to be working with a Minister and dedicated Agency staff for whom the health of Canadians is of the utmost concern.

This *Report on Plans and Priorities* again confirms the Government of Canada's commitment to public health as a tool for improving the health outcomes of Canadians.

In the first six months of operation, the Agency has made great strides in carrying out its overarching goal of leading federal efforts to prevent and control disease and injuries and to promote health. As we move forward, the Agency will undertake action to increase our preparedness against unexpected infectious outbreaks, whether naturally occurring or human-initiated, build our public health knowledge base through science, and advance policies and choices to prevent chronic diseases and injuries.

The Agency is fully aware that it cannot achieve its broader goals without the engagement and collaboration of the provinces, the territories and non-governmental partners or without bringing the Canadian people into the process. During 2005–2006, the Public Health Agency of Canada will continue to enlist Canadians as partners in establishing public health goals and targets, a process that will be carried into the future so as to build accountability, transparency, evidence-based decision-making and public dialogue into the DNA of the new Agency.

I fully expect that the renewed emphasis on public health through the leadership of the Agency and the Chief Public Health Officer will provide major long-term benefits in the lives and health of Canadians.

Dr. Carolyn Bennett MD
Minister of State (Public Health)

Message from the Chief Public Health Officer

The new Public Health Agency of Canada was established last September to lead federal efforts to promote and advance public health nationally and internationally.

Although the Agency is young, I am proud of the success that has already been achieved. We articulated our vision, mission and mandate, and are making the structural and organizational changes that will serve the Agency in the future. We managed the repercussions of a flu vaccine shortage in the U.S. We launched the second phase of the Global Public Health Intelligence Network and opened a second Emergency Operations Centre in Winnipeg. We played a significant role in Canada's humanitarian response to the tsunami disaster in Southeast Asia, including airlifting significant quantities of materials, equipment and medicines to the stricken region. We are taking a leadership role in establishing a pan-Canadian Public Health Network. And, we created a national antiviral stockpile, in partnership with the provinces and territories, enhancing Canada's status as a world leader in preparedness against an influenza pandemic.

Looking ahead, the Agency will work with the provinces and territories to engage experts and Canadians in the development of public health goals and targets through broad citizen participation and consultation. We will make health promotion and the prevention and control of both chronic diseases and communicable diseases key objectives of the Agency, alongside emergency preparedness.

To accomplish this, the Agency will build on the experiences of the past and, in collaboration with the provinces, the territories and partners, develop the science-based strategies and policies needed to give Canadians the best possible protection against unexpected communicable diseases and preventable chronic illness. In 2005–2006, the Agency will ensure that it has a modern and efficient infrastructure in place to enable it to deliver on its mandate.

This *Report on Plans and Priorities* focusses on three critical priorities for the Agency over the next three years: developing and leading Canada's long-term strategic public health approach; establishing and implementing integrated and disease-specific strategies; and developing and enhancing the capacity of the new Agency to meet its important mandate at both its Winnipeg and Ottawa pillars, as well as in Canada's regions.

I, and the many dedicated staff in the Agency, look forward to making real progress toward our vision of healthy Canadians and communities in a healthier world.

Dr. David Butler-Jones MD
Chief Public Health Officer

Summary Information

Our Vision – Healthy Canadians and communities in a healthier world

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
432.4	448.4	451.9

The February 2005 Budget proposed additional funding of $345 million over five years related to Public Health Agency of Canada priorities (e.g. Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease; Pandemic influenza preparedness; Hepatitis C Prevention, Support and Research Program). The Budget also outlines Departments' contributions to the government-wide expenditure review.

Human Resources (FTEs)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
1,836	1,877	1,886

Departmental Priorities (in millions of dollars)				
	Type	Planned Spending		
		2005–2006	2006–2007	2007–2008
Priority #1 Develop and lead Canada's long-term strategic public health initiatives	Ongoing	76.8	81.7	81.9
Priority #2 Develop, enhance and implement integrated and disease-specific strategies	Ongoing	92.7	110.8	115.3
Priority #3 Develop and enhance the capacity of the new Agency to meet its mandate	New	52.5	41.7	40.5

Departmental Plans and Priorities

Setting the Context

Public health consists of a range of efforts to keep people healthy and out of hospital. It includes activities such as immunization, promoting healthy eating and physical activity, and use of infection control guidelines in hospitals. It also includes emergency preparedness and response, detection, surveillance, laboratory testing and regulation to support these and other activities. By helping keep Canadians healthy, public health can relieve some of the pressure on the health care system.

Public health targets the entire population by working to identify threats and risks to the health of Canadians at large, as opposed to health care, which focusses on the individual. While they are both part of the continuum of health, the emphasis in public health is the preventable, whereas health care may be thought of as largely curative.

In today's rapidly changing environment, Canadians are at risk from a number of different public health threats and we – governments, public health professionals and experts, non-health sectors of society, individual citizens in Canada and abroad – all have a role to play in facing these challenges.

Globally, population growth has exerted increased pressure on the natural environment, increasing the likelihood of a disease crossing from animals to humans (zoonosis), while urbanization, population mobility and an increasingly global food supply have created environments in which infections can incubate and be transferred. By responding to these risks, public health helps not only to prevent and control the spread of infectious disease but also to protect the health of Canadians from potential bioterrorism threats and major communicable disease outbreaks.

Trends in the risk factors that lead to chronic diseases show that such factors are also increasing, as are disparities in the health status of some specific population groups. Changing demographics in Canada's population, threats in the physical environment, a more sedentary lifestyle and an increase in the number of Canadians with unhealthy eating habits leave us more vulnerable to chronic disease.

In addition to these worrisome trends and risks to public health, the National Advisory Committee on SARS and Public Health (the Naylor Committee, http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/sars/learning.html), the Government of Ontario's Campbell Commission (http://www.sarscommission.ca/report/Interim_Report.pdf) and Walker Panel (http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/walker_panel_2003/introduction.pdf), and the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repfinnov03-e.htm) highlighted the importance of establishing a federal focal point for public health. They identified the following challenges:

- lack of clarity in leadership, legislative authorities, roles and responsibilities;
- uneven capacity and coordination within and between jurisdictions, particularly related to surveillance;
- shortage of public health human resources, including surge capacity;
- gaps in laboratory capacity and emergency response;

- uncoordinated research efforts; and
- unclear risk communications.

The experts agreed that action is needed.

On September 24, 200 the Government of Canada announced the creation of the Public Health Agency of Canada (http://www.phac-aspc.gc.ca/new_e.html). Our vision is healthy Canadians and communities in a healthier world. It is our mission to promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action in public health. The Agency has a significant regional service presence that enables key programs and services to be delivered directly to target populations in their communities in collaboration with the provinces and territories, federal and international partners, and stakeholders. The Agency will work with other federal departments to advance public health.

Building on Success

As part of the broader Government of Canada health portfolio, the Public Health Agency of Canada's corporate priorities for 2005–2006 reflect newly emerged public health needs as well as those identified by ongoing activities transferred from Health Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/english/index.html) to form the core of the Agency:

1. Develop and lead (in collaboration with partners) Canada's long-term strategic public health initiatives;
2. Develop, enhance and implement integrated and disease-specific strategies; and
3. Develop and enhance the capacity of the new Agency to meet its mandate.

Priority One: Develop and lead Canada's long-term strategic public health initiatives

In collaboration with the provinces, the territories, stakeholders, and health portfolio and other partners, the Agency will be:

- Identifying goals for improving the health status of Canadians;
- Developing the Pan-Canadian Public Health Strategy;
- Establishing the Pan-Canadian Public Health Network;
- Facilitating the establishment of, and providing ongoing support to, the National Collaborating Centres for Public Health; and
- Continuing to enhance public health emergency preparedness and response.

Priority Two: Develop, enhance and implement integrated and disease-specific strategies

In 2005–2006, the Agency will continue to develop integrated and disease-specific strategies for chronic disease and healthy living as well as to examine opportunities to integrate strategies for infectious diseases.

An integrated approach means that we identify common risk factors (e.g., physical inactivity) and focus our efforts on preventing and thereafter mitigating the effects of these factors. Disease-specific strategies are those that work to identify, prevent and mitigate risk factors that relate to particular diseases.

As the federal government's lead for health promotion and healthy living, the Agency will continue, in collaboration with Health Canada and other government departments, to encourage Canadians to engage in healthy activities to improve and maintain their quality of life and reduce their chances of getting sick. We will continue to strive to assist Canadians in their efforts to maintain their health for as long as possible by leading healthy lifestyles, and to promote healthy public policies at all levels of government.

Priority Three: Develop and enhance the capacity of the new Agency to meet its mandate

In 2005–2006, the Agency will prepare its enabling legislation, which will set out the mandate of the Agency, the role and responsibilities of the Chief Public Health Officer, and the powers of the Minister.

In our first full year of operation, we will finalize our new organizational structure, focussing our efforts on achieving results, embracing program and policy innovation, showing leadership, partnering effectively and demonstrating commitment. Our approach to human resources and organizational development will ensure that our structure and program activities support our priorities and achieve the results that Canadians expect of their federal public health agency.

We will forge relationships with the provinces and territories, our colleagues, partners, stakeholders and other parties to demonstrate leadership, develop and deploy the necessary levers and tools, and coordinate strategies and responses. The Agency's leadership role in public health carries with it a responsibility to make evidence-based decisions in the most effective strategic areas. By strengthening public health linkages, we will be better able to contribute to Canada's international obligations, share public health expertise with global partners, and enhance the credibility of our public health system.

The Agency will actively promote excellence in science and continue to enhance and support evidence-based decision-making. We are strengthening our support of science and research activities, starting with a Public Health Framework for Science and Research, which will reflect the overall health portfolio approach.

The Agency has an ambitious agenda, and we will ensure that our staff has the necessary knowledge and skills required to develop and deliver the right public health advice and tools to Canadians. The Agency will adopt policies and practices to retain and recruit a workforce that is well suited to fulfilling its mandate and objectives.

An important part of the Agency's forward planning will be the development of its Winnipeg pillar. The Agency will also build upon its regional presence in health promotion and explore the establishment of stronger regional public health capacities that will allow it to connect to public health partners across the country. In order to ensure a high degree of collaboration and accountability, we are adopting a formal citizen engagement strategy that will better involve Canadians in decision making.

In all aspects of our efforts and activities, we expect to be held accountable: by Parliament, by partners and by stakeholders – indeed by all Canadians.

Section II:

Analysis of the Agency's Strategic Outcome and Program Activity

Departmental Strategic Outcome: Healthier Population by Promoting Health and Preventing Disease and Injury

Program Activity: Population and Public Health

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
432.4	448.4	451.9

Refer to Section III for an explanation of year-over-year fluctuations

Human Resources (FTEs)[1]		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
1,836	1,877	1,886

1 The number of Full-Time Equivalents (FTEs) corresponds to the salary allocation identified in the Agency's Main Estimates. As the Agency moves forward, these numbers will be updated in future Reports on Plans and Priorities and subsequent Departmental Performance Reports.

In the transition from being part of Health Canada to being established as a separate Government of Canada department in September 2004, the Public Health Agency of Canada is currently organized under one Strategic Outcome and one Program Activity.

In collaboration with the provinces, the territories, and health portfolio and other partners, the Agency leads federal efforts and mobilizes pan-Canadian actions in promoting and protecting national and international public health. These actions include anticipating, preparing for, responding to and recovering from threats to public health; and monitoring, investigating and reporting on diseases, injuries, other preventable health risks and their determinants. The Agency is also responsible for monitoring the general state of public health in Canada, in light of international health trends, to support effective actions in prevention and health promotion, and for building and sustaining a public health network with stakeholders. The Agency uses the best available evidence and tools to support national and international public health stakeholders as they work to enhance the health of their communities, and to provide public health information, surveillance, advice and leadership.

The Agency's programming falls into four broad categories:

- Emergency Preparedness and Response
- Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control
- Infectious Disease Prevention and Control
- Public Health Tools and Practice

In the rest of the section, some of the key programs and services related to these categories are described as well as their contribution to the Agency delivering on its mandate.

Emergency Preparedness and Response (http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/index.html)

Preparing for and responding to emergencies is a key component of public health.

The Agency works closely with partners in Health Canada, other federal departments, and the provinces and territories to identify, develop and implement preparedness planning priorities and to develop public health emergency response plans.

Guidance for the Agency's emergency preparedness and response work comes from the Federal/Provincial/Territorial Network on Emergency Preparedness and Response, based on the Ministers of Health's Special Task Force on Emergency Preparedness and Response that was created after the September 11, 2001 terrorist attacks in the U.S.

The Agency's activities in emergency preparedness and response fit within the recently completed National Framework for Health Emergency Management, which provides a consistent, inter-operational approach to health emergencies that respects jurisdictional specificities and priorities. It is consistent with, and supportive of, the Government of Canada's overall National Readiness and Response System.

While the programs and services described below are some of the more prominent emergency preparedness and response activities undertaken by the Agency's lead in this area, the Centre for Emergency Preparedness and Response, other elements – notably the Centre for Infectious Disease Prevention and Control and the National Microbiology Laboratory – also receive a portion of these financial resources and contribute in a substantive manner to how the Agency fulfils its mandate. As well, the Agency collaborates with other federal government departments and agencies within the health portfolio and Public Safety and Emergency Preparedness Canada, which have the lead in other aspects of emergency preparedness and response.

The Agency's work on emergency preparedness and response capacities supports our priority to develop and lead Canada's long-term strategic public health initiatives.

Emergency Preparedness Capacity (http://www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/index.html)

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
27.3	27.3	27.3

Emergency operational preparedness, planning and exercising (http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/oeppt-dmupf/index.html) contribute directly to the Public Health Agency of Canada's emergency preparedness capacity. By focussing the Agency's efforts on these elements, we expect to see increased confidence among Canadians that the Government of Canada is better prepared to respond to national health-related emergencies. Of primary benefit to Canadians is the recognition that Canada is always working to improve its state of readiness to respond to all emergencies involving hazards that threaten the health of the public. The Agency prepares, plans and trains effectively with its partners to maintain an appropriate level of emergency preparedness for all Canadians.

The Agency is responsible for activating the National Emergency Response Assistance Plan, pursuant to the *Transportation of Dangerous Goods Act*, to respond to inadvertent spills of dangerous pathogens during their transportation. It equips and coordinates 15 national response teams and regularly conducts national training sessions for federal, provincial and territorial participants to maintain response readiness. This approach will continue for the next three years.

In the past year, the Agency has created Emergency Preparedness and Response Regional Coordinators across the country to interface with provincial and territorial government emergency preparedness authorities to refine region-specific planning and act as liaisons with other federal government departments through the federal government regional councils. This will also continue over the next three years.

The Agency will continue to provide accurate and timely national and global public health events information to Canadian and World Health Organization (WHO) officials through the Global Public Health Intelligence Network (http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_gphin-rmispbk_e.html), and will help to coordinate public health security by providing essential resources to front-line health workers across the country.

The Agency provides training for emergency preparedness to ensure that available professionals are skilled in course design, adult education and course delivery and helps partners to develop their own emergency training capacity. As well, the Agency plans, coordinates and implements various exercise designs to test existing operational plans to enhance preparedness before the lessons learned are incorporated.

The Agency will continue to support its nationwide quarantine service, strengthened after the SARS outbreak, in order to ensure that a robust capacity exists to act under the *Quarantine Act* to deal with the possible importation of dangerous infectious diseases.

By enhancing emergency preparedness capacity through planning, operational preparedness, training and exercising, the Agency expects that Canadians will benefit from a more efficient and effective response that reduces the effects of health-related emergencies.

Emergency Response Capacity

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
11.9	14.9	14.9

The increase in financial resources from 2005–2006 to 2006–2007 is due to incremental funding received to move towards a Pan-Canadian Public Health System.

The Agency mobilizes federal resources and coordinates pan-Canadian capabilities for emergency health and social services within Canada and internationally. The Agency has targeted the enhancement of this capacity as a key program over the next few fiscal years. Canadians should expect to see improved response in the event of a public health-related emergency.

The Agency inspects and certifies high risk (Level 3 and 4) bio-containment facilities, and issues permits for the importation of human pathogens (Human Pathogens Importation Regulations). It ensures that Agency and Health Canada laboratories respect the requirements for handling radioactive materials and for transportation of dangerous goods and hazardous materials, including toxic waste and chemical and toxic substances. Through the development and application of national biosafety policies and guidelines, the Agency provides national expertise on biosafety-related issues.

The Agency, the RCMP and DND are members of the National Capital Region's Joint Chemical, Biological Radiological and Nuclear (CBRN – http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/ophs-bssp/links_index_e.html) Response Team, which provides expertise, specialized equipment, facilities and scientific support in response to threatened, perceived or actual incidents involving biological weapons or agents. The Agency provides on-site mobile detection and response capability, as it did at the 2002 G8 Summit in Kananaskis, and it will continue to enhance its laboratory response operations in both its first response laboratory and its mobile response isolator.

The Agency also contributes directly to Canada's role and participation in the Global Health Security Initiative, the international partnership to improve global public health security against the threat of chemical, biological, radiological and nuclear terrorism, and pandemic influenza.

The Agency's two main Emergency Operations Centres (EOC) in Ottawa and Winnipeg, and a secondary backup EOC, make up a seamless Agency EOC system. All Agency EOCs are fully integrated with each other and with existing domestic and international links to other federal, provincial, territorial and external EOCs, such as the U.S. Department of Health and Human Services Command Center, the U.S. Centers for Disease Control and Prevention, and the World Health Organization.

The Agency has a direct operational linkage with Public Safety and Emergency Preparedness Canada to integrate the health sector's emergency preparedness and response capacity with the overall Government of Canada's National Emergency Management Framework. This important liaison function will be enhanced to include operational linkages with the Agency's Emergency Operations Centres.

The Agency's National Emergency Stockpile System (NESS – http://www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/ness_e.html) maintains supplies in a robust and versatile system that includes items ranging from small backpack trauma kits to complete 200-bed emergency hospitals. At eight federal warehouses located strategically across the country and approximately 1,600 storage sites under federal/provincial/territorial care, the NESS will continue to have a 24/7 response capability as well as the ability to deliver these supplies anywhere in Canada within 24 hours of receiving a request for assistance.

The Agency further participates directly in health emergencies by helping to coordinate provincial and territorial emergency health and social services through the Council of Health Emergency Management Directors and the Council of Emergency Social Services Directors (http://www.phac-aspc.gc.ca/emergency-urgence/index_e.html).

In December 2001, the National Office of Health Emergency Response Teams (NOHERT – http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/ophs-bssp/nohert_e.html) was established to develop Health Emergency Response Teams (HERT) that will assist the provinces and territories to create surge capacity in emergency situations.

In 2005–2006, two HERTs will be staffed, trained and supplied. In each of 2006–2007 and 2007–2008, an additional team will be staffed, trained and supplied in addition to maintaining ongoing activities. In the event of a public health emergency, the federal government would activate HERTs at the request of a province or territory, or in response to an event falling under federal jurisdiction.

Canadians will benefit directly from better coordination and planning, and a more rapid and targeted response to public health emergencies.

Health Emergency Response Teams

- Disaster medical response teams – four teams to be in major centres across Canada
- Specialized issue-specific teams – infection control, epidemiology teams
- Rapid response team – medical, nursing and other personnel to liase with provincial/territorial counter-parts to assess HERT response and to coordinate HERT resources

Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control

Individual health is much more than the just the absence of disease. The Agency recognizes that it is important to keep Canadians as healthy as possible for as long as possible. The Agency supports health promotion as a foundation for healthy living and the prevention and control of chronic and infectious diseases.

Broad systemic issues, including the environments in which we live and work, our culture, and other interrelated factors, affect individual health status. This is reflected in the population health/determinants of health approach the Agency uses for all its health promotion and disease prevention activities. It is the basis of several investments in community programming[1] related to children as well as in critical partnerships with other federal government departments such as Health Canada and Canadian Heritage.

The Agency works closely with health portfolio departments and agencies, provincial/territorial governments and voluntary organizations to identify emerging areas of concern, develop pan-Canadian action plans for health promotion, disseminate information to the public and to health professionals, integrate multiple and diverse interests and perspectives, and furnish a critical link between citizens and government policy- and decision-makers.

Social and economic inclusion analysis has evolved from the Agency's work on the social determinants of health. This analysis examines the complex interplay between disease and inequity. The Agency is working with community organizations and with other government departments to create effective tools and policies to address inequity. Led by its Atlantic Regional Office, the Agency has created resources such as *An Inclusion Lens*, a tool for analyzing the conditions of exclusion and solutions that promote inclusion, and *The Tides of Change: Addressing Inequity and Chronic Disease in Atlantic Canada*, to promote an understanding of the links between inequity and chronic disease and help identify effective chronic disease strategies.

The Agency's key programs and services in this area range from those that promote health and healthy living for all Canadians, and prevent chronic disease and injury among the many Canadians who are at elevated risk for these problems, to those that detect diseases early and manage them well so that people can live disability-free and productive lives.

To develop policy, research and programs related to specific identifiable target populations – such as children and adolescents, and seniors – the Agency maintains partnerships, collaborative relationships and networks with important domestic and international organizations, other federal departments and provincial/ territorial governments specific to target populations.

The Agency is also engaged in integrated and disease-specific prevention and control activities, in particular, programs and services related to cardiovascular disease, cancer, diabetes and respiratory diseases – the leading causes of death and disability in Canada.

The economic burden of chronic disease in Canada is estimated to be $70 billion per year.

The Agency collaborates with the provinces and territories on the development of both pan-Canadian and international integrated and disease-specific strategies, policies and programs for chronic disease prevention and control, and oversees their implementation in collaboration with other governments and stakeholders. This includes the development of chronic disease surveillance programs, the dissemination of evidence in support of these programs and the development of prevention, screening, and management strategies for chronic diseases.

1 See Table 6 in Section III for more details on the Agency's community investments.

The Agency works through the World Health Organization Collaborating Centre for Non-communicable Disease (NCD) Policy. As the only WHO-designated Collaborating Centre on NCD policy in the Americas or Europe, it directly contributes to the strengthening of the global response to chronic diseases and the support of the development and implementation of chronic disease prevention policy in Canada, the Americas and Europe. In addition, the Agency is working closely with the U.S. Centers for Disease Control and Prevention on issues relating to cardiovascular and other chronic diseases.

The Agency's commitment to health promotion and chronic disease prevention and control is concrete recognition that an integrated view of health is the best way to support its priorities of developing and leading Canada's long-term strategic public health initiatives, and developing, enhancing and implementing its integrated and disease-specific strategies.

Integrated Healthy Living Strategy
http://www.hc-sc.gc.ca/english/lifestyles/healthyliving/index.html

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
17.3	17.0	16.9

The Agency actively promotes healthy living through the Pan-Canadian Healthy Living Strategy, a federal/provincial/territorial collaborative effort for health promotion and disease prevention based on the population health approach. Endorsed by Ministers of Health in September 2002, the Strategy's initial goals are to reduce health disparities and improve health outcomes, emphasizing physical activity, healthy eating and their relation to healthy weight.

By establishing links between existing strategies within the health portfolio and other federal government departments and agencies (such as on tobacco use and control, alcohol, diabetes and chronic disease prevention) and new collaborative efforts on emerging issues (such as school health), this integrated approach will mobilize action and engage partners across jurisdictions, the health system and other sectors. It will also work through the determinants of health; target common risk factors for multiple diseases and injury, and consolidate promotion and prevention efforts where people work, live, learn and play. These goals will be achieved through the work of the Intersectoral Healthy Living Network, and the development of a research and surveillance agenda and a communications/health information strategy.

The Agency actively encourages and supports collaborative action with health portfolio partners and other government departments and non-governmental agencies to promote the importance of being physically active in daily life. It increases awareness and understanding of the benefits of physical activity. It supports healthy eating, and the relation of both physical activity and healthy eating to healthy weight. The healthy living initiative also supports programs, such as active transportation (http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/fitness/active_trans2.html), which contribute to sustainable development.

The Agency aims to reduce the burden of mental health disorders, and to maintain and improve the mental health and well-being of Canadians by addressing mental health issues from a population health perspective. Mental health promotion activities include the development, synthesis, dissemination and application of knowledge; and the development, implementation and evaluation of policies, programs and activities designed to promote mental health and address the needs of people with mental health disorders. In the coming year, the Agency will emphasize this important area of public health.

The Agency operates the National Clearinghouse on Family Violence (http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/webli-international_e.html), Canada's resource centre for information on violence within relationships of kinship, intimacy, dependency or trust. With its twelve federal Family Violence Initiative partner departments (including Indian and Northern Affairs Canada and Status of Women Canada), the Agency will continue to collect, develop and disseminate information on family violence across the country and abroad.

The Agency expects that, through its activities, there will be increased awareness of issues related to physical activity, mental health and family violence; increased community capacity to develop and implement policy and programs relating to physical activity, mental health and family violence; strengthened capacity at an intersectoral level to deal with these issues; and increased collaboration and partnerships in these three areas.

Integrated Strategies for Chronic Disease

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
6.5	7.3	7.3

Chronic diseases should no longer be considered in isolation. Strategies to enhance the health of Canadians are strengthened when they work together with the efforts of health partners. The Agency advocates a comprehensive and integrated approach across a range of public health activities including the promotion of health, and the prevention, management and control of chronic health problems and injury.

The Agency collaborates with the provinces, the territories, stakeholders and international partners on chronic disease prevention and control through surveillance and risk assessment, and in the development of integrated policies and programs. The Agency anticipates that this will result in enhanced chronic disease science capacity and surveillance to inform public health policies and legislation.

Actions that target more than one risk factor or more than one chronic disease enhance the overall awareness of chronic diseases, their risk factors and complications among health professionals and the general public, and improve public health practices for the prevention and early detection of chronic diseases.

Evidence has also shown that comprehensive, integrated and sustained efforts to prevent and reduce a few key risk factors common to the major chronic diseases are successful in preventing and reducing the impact of chronic disease. In 2005–2006, the Agency will continue to develop integrated strategies for chronic disease and healthy living in collaboration with health portfolio partners, the provinces and territories, and with other Canadian and international public health partners. This comprehensive approach will address the common risk factors for major chronic diseases, such as the relation between unhealthy eating and physical inactivity and unhealthy weight.

Chronic Disease-Specific Strategies

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
10.7	10.7	10.7

In addition to its integrated approach to common chronic disease risk factors, the Agency continues to target certain specific chronic diseases with significant social, medical and economic burdens for Canadians.

Cardiovascular diseases (http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/index_e.html) are the number one killers in Canada. Diseases such as stroke and heart disease put the greatest burden on the health care system. The Agency has the lead federal role for cardiovascular disease, including overall coordination of the prevention and control of cardiovascular diseases, as well as surveillance and data interpretation. The Agency will continue to work closely and collaboratively with a number of key partners and several actions will be advanced, building on the Canadian Heart Health Initiative, the Cardiovascular Action Plan, and targeted hypertension strategies.

The goals of the Canadian Strategy for Cancer Control, jointly developed by governments and stakeholders, are to prevent cancer, cure cancer and increase survival rates and quality of life for those with cancer by converting knowledge gained through research, surveillance and outcome evaluation into strategies and actions. Consultations have produced a plan for collaborative action in priority areas, and implementation has begun in several strategic areas: research; supportive, psychosocial and palliative care; primary prevention; standards; guidelines; human resource planning; and surveillance.

Through the Canadian Breast Cancer Initiative (CBCI – http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/bc-cds/index_e.html), the Agency continues to work collaboratively with cancer control stakeholders to address breast cancer issues ranging from prevention to palliative care. One of the most successful outcomes of this collaboration has been the development of systematic breast cancer screening. In 2005–2006, the Agency will continue to evaluate the results of its contributions to the CBCI to reduce breast cancer incidence and mortality and improve the quality of life of those affected by breast cancer.

Diabetes is a growing epidemic in Canada. About two million Canadians, or more than 5% of Canadian adults, have this chronic disease, and 60,000 new cases are diagnosed each year. Recognizing the social and economic burden of this disease, the Government of Canada launched a five-year Canadian Diabetes Strategy (http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/english/strategy/index.html), which was extended with funding of $30 million in the 2004 Budget. Actions undertaken include enhanced diabetes surveillance and support for community organizations to increase awareness of the disease and its prevention. In 2005–2006, the Agency will focus its efforts on the control and management of the disease for populations at risk and for those living with diabetes.

Through our efforts, we expect that health professionals and the public will have a higher awareness of chronic diseases, their risk factors and complications, and how best to respond to control and mitigate their effects.

Infectious Disease Prevention and Control (http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/index.html)

The increase in the speed and volume of global travel places Canadians within 24 hours of almost any other place in the world – less than the incubation period for most communicable diseases, which can be transported by individuals or products such as food. This fact, combined with the realization that several previously unknown or rare diseases have appeared or re-appeared around the world in recent years, highlights the need for the Agency to be involved in activities aimed at reducing and preventing the spread of infectious diseases.

The Agency provides an enhanced pan-Canadian capacity to conduct policy development, surveillance, investigation, research and program response to food- and water-borne diseases, zoonoses, health care-acquired infections, community-acquired diseases, including sexually transmitted infections, hepatitis C and HIV/AIDS, respiratory infections such as tuberculosis, and vaccine-preventable diseases.

The Agency assists and/or coordinates investigations of disease outbreaks in provincial/territorial jurisdictions and internationally when requested. It facilitates, carries out and coordinates risk analysis and risk management activities with international, federal, provincial/local partner organizations and identifies emerging threats to the health and safety of Canadians.

More specifically, the Agency provides pan-Canadian guidance in efforts to reduce the risk of bloodborne infections, including transfusion-transmitted infections and infections resulting from transplantation.

Enhanced infection control and prevention programs in health care facilities and other community settings are helped by the Agency's collection, analysis, interpretation and dissemination of epidemiological information on occupational and nosocomial infections in the Canadian population.

The Agency also promotes access to services and programs, including sexual health education, that help Canadians improve and maintain their sexual and personal health. This work involves the joint efforts of the provinces and the territories, non-governmental organizations and health care providers in preventing and controlling sexually transmitted diseases and their complications, including infertility and cancer.

In collaboration with the provinces, the territories and partners, the Agency designs, develops and implements programs that will prevent hepatitis C infection, support people who have or are affected by the disease, and increases public awareness about it. In cooperation with several stakeholders, the Agency also supports research to further hepatitis C related knowledge, to transfer and disseminate it, and to apply research findings to other program activities. The Agency also provides leadership and coordination in the prevention and control of tuberculosis in collaboration with governments and partners at the regional, provincial/territorial, national and international levels.

Agency laboratories provide expert microbiological reference testing and carry out innovative research to improve our capacity to identify viruses and bacteria and support surveillance and outbreak investigation. These laboratories also provide policy-makers and other stakeholders with scientific information and advice on minimizing the risks of human illnesses arising from the interface between humans, animals and the environment. Their expertise in laboratory biosafety is in part based on the high-level containment capacity of the Canadian Science Centre for Human and Animal Health in Winnipeg, which houses both the Agency's National Microbiology Laboratory (http://www.nml.ca/english/index.htm) and the Canadian Food Inspection Agency's National Centre for Foreign Animal Disease.

The Agency's focus on infectious disease prevention and control supports its priority to develop and lead Canada's long-term strategic public health initiatives and to develop, enhance and implement integrated and disease-specific strategies.

HIV/AIDS (http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/hiv_aids/federal_initiative/monitoring/index.html)

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
34.8	49.5	54.1

The increase in the financial resources from 2005–2006 to 2007–2008 reflects additional funding received for the Federal Initiative to Address HIV/AIDS and the conclusion of a five-year agreement with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) in March 2006. CIHR will receive funds by permanent transfer in 2006–2007.

According to HIV/AIDS estimates from the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, almost five million people became newly infected with HIV in 2003, more than in any other year since the beginning of the epidemic. Around the world, the number of people living with HIV was estimated at 38 million. The total number of AIDS-attributed deaths since the disease was identified in 1981 is more than 20 million. At the end of 2002, an estimated 56,000 people in Canada were living with HIV infection, 12% more than at the end of 1999. About 30% of these individuals were unaware of their infection. This "hidden" aspect of the epidemic means that about 17,000 infected individuals are not able to access treatment, support or prevention services. HIV/AIDS is still a fatal disease, and there is no vaccine to prevent new infections.

While homosexual men remain the group most affected by HIV/AIDS in Canada, the epidemic has also gained a foothold in other populations, including Aboriginal people, inmates, injection drug users, youth, women and people from countries where HIV is endemic.

The Government of Canada has been actively addressing HIV/AIDS since 1983. The Canadian Strategy on HIV/AIDS (http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/hiv_aids/federal_initiative/monitoring/can_strat2.html) set out to create an ongoing, nationally shared approach to HIV/AIDS, with increased collaboration across all sectors of society. It brought legal, ethical and human rights issues to the fore while continuing to support the work of local and national non-governmental organizations, HIV/AIDS researchers and epidemiologists.

Building on recommendations from the House of Commons Standing Committee on Health report, *Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS* (2003) (http://www.parl.gc.ca/InfocomDoc/37/2/HEAL/Studies/Reports/healrp03-e.htm), on lessons learned from previous federal HIV/AIDS strategies, and on stakeholder and provincial/territorial consultations, the Government of Canada announced in May 2004 that the federal funding for HIV/AIDS would increase from $42.2 million to $84.4 million annually by 2008–2009.

The launch of the Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada in January 2005 signalled a renewed and strengthened federal role in the Canadian response to HIV/AIDS. The Federal Initiative is a partnership among the Public Health Agency of Canada, Health Canada, the Canadian Institutes of Health Research, and Correctional Service Canada.

The goals of the Initiative are to prevent new infections, slow the progression of the disease and improve quality of life, reduce the social and economic impact of HIV/AIDS and contribute to the global efforts against HIV. Key activities involving the Agency include strengthening our knowledge of HIV/AIDS to better inform HIV prevention, care, treatment and support programs and developing discrete approaches for those populations most vulnerable to HIV/AIDS; increasing public awareness of HIV/AIDS and factors such as stigma and discrimination, which fuel the epidemic; integrating HIV/AIDS programs and services with those for other diseases such as hepatitis C and sexually-transmitted infections as appropriate; broadly engaging other federal departments to address factors that influence health, such as housing and poverty; increasing Canadian engagement in the global response to HIV/AIDS; and improving the communication of outcomes achieved from federal investments in HIV/AIDS.

Pandemic Influenza Preparedness

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	**2006–2007**	**2007–2008**
7.0	7.0	7.0

An influenza pandemic will likely be the largest public health infectious disease emergency we will face in Canada and globally. In light of this, the Agency has worked with the provinces, the territories and other stakeholders to develop the Canadian Pandemic Influenza Plan (CPIP). The goal of the CPIP is to minimize serious illness and death and societal disruption during an influenza pandemic. The CPIP is updated on an ongoing basis as new knowledge and planning guidance is incorporated but remains a basis for provincial and territorial pandemic plans and outlines the various responsibilities for all levels of government.

Even though the timing of the next pandemic cannot be predicted, it is important to work with our global partners on disease surveillance and threats that could signal the onset of a pandemic, and to ensure that the necessary global cooperation is already in place prior to a pandemic. The Agency, along with the provinces and territories through the Federal/Provincial/Territorial Pandemic Influenza Committee, collaborates with the World Health Organization and members of the Global Health Security Action Group to increase pandemic influenza preparedness in Canada and worldwide. The Agency will also continue to take a leadership role in updating the CPIP, in collaboration with the provinces and the territories, and in promoting implementation by all levels of government of any update to the Plan. By leading and participating in the implementation of surveillance activities, the Agency can help ensure better preparation and response to a pandemic.

Part of the preparation for an influenza pandemic is ensuring that there is an adequate domestic supply of vaccines. A 10-year contract (2001–2011) for developing and maintaining the capacity for domestic production of pandemic vaccine with ID Biomedical helps strengthen our state of readiness in advance of an influenza pandemic. The Agency and the provinces and territories have contributed to the creation of a stockpile of antiviral medication for use against a pandemic.

Since its emergence in 2003, a deadly strain (H5N1) of avian influenza has killed millions of domestic fowl in Asia. As of February 2, 2005, the WHO has confirmed 55 human cases of avian influenza, with deaths in over 75% of the cases. In late 2004, WHO confirmed the first death from human-to-human transmission of the H5N1 avian flu virus, and it concluded that the risk of a new influenza pandemic, tied to this virus, has never been so great.

Making the right decisions on surveillance and preparedness requires research and knowledge translation. Some of the ongoing research activities related to pandemic influenza planning include the Evaluation of Influenza Immunization Programs in Canada, in collaboration with the Canadian Institutes of Health Research and other partners inside and out of the health portfolio, and a modelling workshop on the potential impact of the pandemic vaccine and antivirals. This research helps to inform public health responses and contributes to professional and public education.

Health Care/Hospital Acquired (Nosocomial) Infections

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
3.9	3.9	3.9

Estimates have shown that about 5 – 10% of all patients who enter a health facility will develop a nosocomial (health care/hospital acquired) infection. While the provision of direct health care is almost all under provincial and territorial jurisdiction, the Nosocomial Infections Program works with the provinces and the territories to focus on the public health impact of infectious agent transmission during the provision of health care. One particular nosocomial infection, *Clostridium difficile (C. difficile)*, has received greater public attention in recent months (http://www.phac-aspc.gc.ca/c-difficile/index.html). *C. difficile* is the most common cause of infectious diarrhea in the industrialized world, with approximately 20% of the cases occurring in people who are taking antibiotics.

The Agency has established Infection Control Guidelines (ICG), a widely used set of recommendations that give health care providers, governments and other institutions best-practice information for the prevention and control of infections that occur during the provision of health care. The Agency will focus on expanding the scope of its recommendations to include the entire spectrum of health care provision, such as acute care, long-term care, office and outpatient care, and home care.

The Agency is also attempting to minimize the impact of nosocomial infections through the Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). CNISP is a national surveillance program that provides statistics and data on nosocomial infections in Canada for use in the development and evaluation of guidelines. CNISP is currently conducting an incidence project with major teaching hospitals and some of their affiliates in nine provinces to determine the rates of *C. difficile* associated diarrhea and the incidence of adverse outcomes in various regions of Canada. The study began on November 1, 2004, and runs until April 30, 2005. As part of this study, the Agency will determine whether there is a way of differentiating severe cases from mild cases and whether there is a "new" strain of *C. difficile* that increases the severity of illness.

In January 2005 the Agency began to survey all of the hospitals in Canada to get a better understanding of their infection prevention and control practices for *C. difficile*. The Agency will use this information to refine the infection prevention and control recommendations for *C. difficile* in its Infection Control Guidelines.

Over the next three years, CNISP will expand the number of active surveillance projects and policy activities related to critical health care-acquired infections. CNISP will also establish ongoing surveillance in intensive care units in the 30 CNISP-affiliated hospitals across Canada and begin work to expand the CNISP network to key community hospitals and long-term care agencies.

The Antimicrobial Resistance and Nosocomial Infections Unit at the National Microbiology Laboratory in Winnipeg works closely with the Nosocomial Program to help design surveillance studies and provide laboratory information about the bacteria collected during the studies. As well, the Laboratory identifies and "fingerprints" antimicrobial resistance genes in common nosocomial pathogens to track the spread of these organisms within and between hospitals. The Unit also works closely with hospital laboratories to detect and understand emerging forms of antibiotic resistance. This information is used to develop rapid tests that identify new resistance patterns and increase the Agency's understanding of how to prevent the resistant strains from spreading.

National surveillance efforts have been complemented with program support to the provinces and territories and health care organizations in investigating nosocomial infection outbreaks such as SARS and avian influenza. The Agency is also conducting an in-depth analysis of infectious disease outbreaks in Canadian health care facilities and developing contingency plans for emerging infectious agents in health care environments.

Animal to Human (Zoonotic) Diseases

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
19.5	22.4	22.4

The increase in financial resources from 2005–2006 to 2006–2007 is due to incremental funding received to move towards a Pan-Canadian Public Health System.

Zoonotic diseases (those transmissible between animals and humans) include a very diverse group of pathogens that arise from animals and the agro-environment. This situation is expected to continue. In addition to direct health effects and associated health care costs, the ongoing economic and social effects of zoonoses are tremendous, ranging from lost productivity to international trade and travel restrictions. The Centre for Infectious Disease Prevention and Control (CIDPC), the National Microbiology Laboratory (NML) and the Laboratory for Foodborne Zoonoses (LFZ) all conduct activities to intervene in the threat of zoonotic diseases.

CIDPC intervenes by conducting surveillance of specific zoonotic diseases and takes part in outbreak response and management. It provides expertise on the public health risks linked to zoonotic and emerging diseases, and provides targeted information and advice to the public and to health communities. The Agency continues its research and surveillance work related to the West Nile virus (WNV), collaborating with Canada's blood agencies to minimize risks to Canada's blood supply. The initial effort by the Agency on WNV is being adapted to the development of provincial and territorial WNV response plans and will be the model for other zoonotic infections. Over the next three years, CIDPC will continue to provide the necessary infrastructure and scientific expertise to support basic surveillance, science, research, coordination and leadership in specific zoonoses.

Over the next three years, the National Laboratory for Zoonotic Diseases and Special Pathogens (ZDSP), a specialized part of the NML in Winnipeg, will continue to provide research and development, diagnostic and reference services, and national and international surveillance for zoonotic diseases and related biocontainment agents. The ZDSP program is unique in Canada, offering laboratory support for a wide variety of zoonotic disease pathogens, most of which are not dealt with at any other level within Canada. ZDSP will provide the appropriate level of laboratory monitoring for zoonotic diseases to help the Agency develop and enact appropriate prevention, response and control strategies.

National surveillance programs to monitor trends in antimicrobial resistance in selected enteric pathogens and indicator bacteria isolated from humans, animals and food sources is a necessary and important element in public health. The Laboratory for Foodborne Zoonoses (http://www.phac-aspc.gc.ca/lfz-llczoa/index_e.html) currently generates, synthesizes and communicates science-based information for the prevention and control of public health risks associated with enteric infectious diseases. The Agency will continue to enhance and develop this capacity to respond to issues such as antimicrobial resistance at the human, animal and environmental interface through integrative programs involving surveillance, research, risk assessment and policy effectiveness advice.

Over the next three years, the LFZ is planning specific research on major enteric pathogens with respect to virulence and host adaptation, and novel interventions at human/animal interface. The LFZ will coordinate, along with CIDPC and the NML, the Canadian Integrated Program for Antimicrobial Resistance Surveillance (CIPARS), working with Health Canada and other federal and provincial/territorial counterparts, academia, industry partners and stakeholders to develop a pan-Canadian surveillance program for monitoring trends in antimicrobial resistance in selected enteric pathogens and indicator bacteria isolated from humans, animals and food sources.

Public Health Tools and Practice

Infrastructure is another key element of a strong public health system.

In Budget 2004, the Government of Canada committed resources to enhance public health on the front lines, including an investment of $500 million to assist in the development and implementation of a public health surveillance system, to help support a national immunization strategy and to help enhance public health capacity at the provincial and territorial levels.

The Agency contributes to this infrastructure enhancement through the development and provision of tools and applications that support front-line health care professionals and of practices and programs to build the long-term capabilities of public health professionals. For example, the Agency provides data management tools and access to the data and information necessary for evidence-based decision-making while ensuring that privacy risks are effectively managed.

The Agency also contributes major elements to enhance public health human resources capacity by delivering online programs and sponsoring training programs in epidemiology. Health professionals in local public health departments and regional health authorities across Canada access the Agency's programs to increase their skills in the areas of epidemiology, surveillance and information management.

In particular, the Agency is a leader in field epidemiology, which is the application of epidemiological methods to unexpected health problems when rapid on-site investigation is necessary. Field epidemiologists are disease detectives, invited to study diseases in order to better understand and control them. This involves helping investigation teams define, find and interview cases, coordinate the collection and analysis of specimens, apply statistical methods to assess factors responsible for illness and recommend control measures.

These efforts to develop, promote and enhance public health tools and practices support the Agency's priority to develop and lead Canada's long-term strategic public health initiatives as well as to develop, enhance and implement integrated and disease-specific strategies.

Public Health Tools and Applications Development

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
5.3	5.4	5.6

To respond to the major information challenges that face public health care professionals in Canada, the Agency has developed, among others, two valuable public health applications: the Canadian Integrated Public Health Surveillance (CIPHS) program and the Geographic Information Systems (GIS) Infrastructure program.

CIPHS (http://www.ciphs.ca) is the Agency program that develops suites of integrated computer and database applications to enable the systematic collection, integration, analysis, interpretation and dissemination of public health surveillance data. The CIPHS program works with provincial/territorial public health professionals in the CIPHS collaborative strategic alliance to build the capacity for public health surveillance at local, provincial, territorial and national levels.

CIPHS's main product to date is the integrated Public Health Information System (i-PHIS – http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/ciphs_e.html), a unique web-based software suite consisting of customized health information management modules used by front-line public health providers, health managers, epidemiologists and health researchers. The i-PHIS modules provide tools for both client assessment and case management. i-PHIS enables the recording, storage, access and management of patient-specific health information, treatments and outcomes.

The i-PHIS application, through an integrated jurisdiction client registry and other key data sources, supports all aspects of public health service, including timely information sharing, response coordination and effective action. It enhances the ability of public health professionals to anticipate, control and prevent public health threats. It integrates client health records, referrals, scheduling and reporting to support effective case management, surveillance, screening, tracking and follow-up. In this evolving suite of tools, improvements to i-PHIS (such as comprehensive Outbreak and Quarantine Management capabilities) are under way. Work has also begun on the potential uses of i-PHIS in the Electronic Health Record.

As a collaboratively developed tool, CIPHS engages partners and other stakeholders in the development of i-PHIS at all levels, including the requirements definition level. This ensures that partners and stakeholders receive the public health information tool they need.

The GIS Infrastructure program (http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/gis_e.html) promotes a user-friendly online tool for public health professionals called the Public Health Map Generator. The Public Health Map Generator will address current public health GIS needs for a cost-effective solution by providing a bilingual web site for public health professionals to create their own maps in a simple and timely manner. Public health professionals can now map their tabular health data using spatial data from an integrated spatial data warehouse, with little or no previous GIS skills or knowledge.

The GIS Infrastructure program enables public health professionals to visualize and analyze health data in a spatial context and to support their evidence-based decision making in program planning and evaluation, disease outbreak investigation, disease and injury surveillance, emergency preparedness, resource allocation, intervention program implementation and evaluation, public awareness and policy. The GIS Infrastructure is recognized as a critically important and evolving tool.

By employing these tools, we expect that health care professionals will be able to make better decisions based upon empirical evidence derived from tested methodologies and technologies.

Building Public Health Human Resource Capacity

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
5.8	6.0	6.0

The Canadian Field Epidemiology Program (CFEP - http://www.phac-aspc.gc.ca/cfep-pcet/index.html) was established in 1975 and provides specialized training for health professionals in the practice of applied epidemiology. The program was the first field epidemiology training program to successfully follow the model program in the U.S., and more than 100 graduates are now working domestically and internationally, and contributing to increased public health capacity.

Since the Program's inception, its field epidemiologists have investigated close to 250 outbreaks and other public health issues, and provided epidemiological assistance to every jurisdiction in Canada and abroad.

The Program develops skills and competencies not easily taught in academic or workplace settings. Field epidemiologists complete eight professional experience guidelines in the two-year program. Upon graduation, they receive an internationally recognized certification in field epidemiology.

The Program plans to expand its operations in the next two years, doubling the places available for incoming students, thus increasing the long-term capacity and responding to existing and future demands.

The Skills Enhancement Program (http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/skills_e.html) complements the Canadian Field Epidemiology Program by providing high-quality and relevant distance learning opportunities to the public health workforce across Canada. The Program addresses significant knowledge gaps in the areas of epidemiology, surveillance and health information management. It is delivered through the collaborative efforts of the Agency, the provinces, the territories, professional associations and academic institutions, and it provides pathways for recognition of the enhanced knowledge by universities, professional associations and public health authorities.

The enhancement of public health human resource skills, knowledge and capacity will allow us to better undertake effective surveillance and respond to health threats and emergencies at the local, provincial, territorial, federal and global level.

Other Programs and Services

Financial Resources (in millions of dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
282.4	277.0	275.8

Laboratory Security
http://www.phac-aspc.gc.ca/ols-bsl/index.html

Childhood and Adolescence
http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/

Aging and Seniors
http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/whatsnew_e.htm

Canadian Health Network
http://www.canadian-health-network.ca

Health Surveillance and Epidemiology
http://www.phac-aspc.gc.ca/hsed-dsse/index.html

Voluntary Sector
http://www.phac-aspc.gc.ca/vs-sb/voluntarysector/

Chronic Disease Surveillance
http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/surveil_e.html

Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI)
http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cindi/index_e.html

World Health Organization Collaborating Centre for Non-Communicable Disease Policy

http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/international_e.html

Hepatitis C

http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis_c/index.html

Blood Safety Surveillance

http://www.phac-aspc.gc.ca/hcai-iamss/index.html

Immunization and Respiratory Infections

http://www.phac-aspc.gc.ca/dird-dimr/index.html

Network for Health Surveillance

http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/network_e.html

Section III

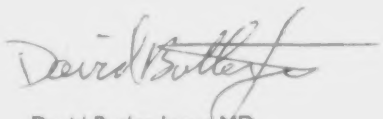
Supplementary Information

Management Representation Statement

I submit, for tabling in Parliament, the 2005–2006 Report on Plans and Priorities (RPP) for the Public Health Agency of Canada.

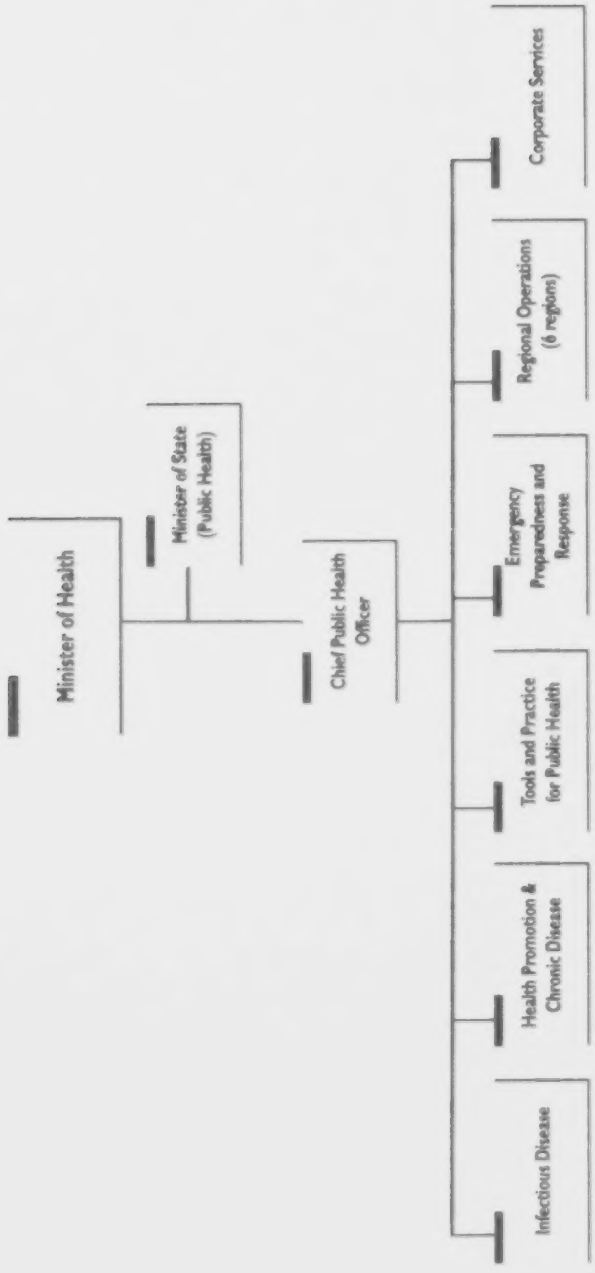
This document has been prepared based on the reporting principles contained in the *Guide to the Preparation of Part III of the Estimates: Reports on Plans and Priorities*.

- It adheres to the specific reporting requirements outlined in the TBS guidance;
- It is based on the department's approved accountability structure as reflected in its Management Resources and Results Structure (MRRS);
- It presents consistent, comprehensive, balanced and accurate information;
- It provides a basis of accountability for the results achieved with the resources and authorities entrusted to it; and
- It reports finances based on approved planned spending numbers from the Treasury Board Secretariat in the RPP.



David Butler-Jones MD
MHSc, CCFP, FRCPC, FACPM
Chief Public Health Officer

Organizational Information



Proposed organizational information as of February 2005

Table 1: Departmental Planned Spending and Full-Time Equivalents

(in millions of dollars)	Forecast Spending 2004–2005[1]	Planned Spending 2005–2006	Planned Spending 2006–2007	Planned Spending 2007–2008
Budgetary Main Estimates		423.2	433.1	431.9
Less: Respendable Revenue		(0.1)	(0.1)	(0.1)
Total Main Estimates		**423.1**	**433.0**	**431.8**
Adjustments:				
Transfer from Health Canada[2]	410.3			
Supplementary Estimates:				
Additional funding to move towards a Pan-Canadian Public Health System	73.4			
One-year extension to existing health promotion programs (Canadian Diabetes Strategy and Hepatitis C Prevention, Support and Research Program)	21.5			
Operating budget carry-forward for smallpox & Agricultural Policy Framework	6.8			
Incremental funding for HIV/AIDS	3.0	6.8	11.2	15.9
Transfer from Canadian Heritage of funding related to the development of official Language Minority Communities (Interdepartmental Partnership with the Official Language Communities)	0.1			
Funding related to government advertising programs (Healthy Pregnancy)	0.1			
Less: Transfer to the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) for HIV/AIDS	(1.8)			
Less: Reduction related to government advertising programs	(2.0)			
Funding for the creation of Fellowships/Bursaries/ Scholarships contribution program		1.7	4.2	4.2
Funding for Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE)		0.8		
Other Adjustments:				
Collective Agreements	2.3			
Total Adjustments:	513.7	**9.3**	15.4	20.1
Net Planned Spending	513.7	432.4	448.4	451.9
Budget Announcements[3]				
Budget 2005 initiatives		52.2	70.3	66.9
Expenditure Review Committee reductions				
Departmental initiatives		(3.5)	(16.4)	(17.9)
Government-wide efficiencies – procurement		(0.4)		
Total Net Planned Spending	513.7	480.7	502.3	500.9
Plus: Cost of services received without charge[4]	16.0	16.8	17.1	17.1
Net Cost of Program	529.7	**497.5**	519.4	518.0
Full-Time Equivalents[5]	1,778	**1,836**	1,877	1,886

1 Reflects the best forecast of total net planned spending to the end of the fiscal year. For fiscal year 2004–2005, a special purpose allotment has been created within Health Canada to segregate the resources associated with the Public Health Agency of Canada.

2 The transfer from Health Canada reflects the Public Health Agency of Canada's share of the Health Canada Main Estimates restated to include the direct and indirect corporate support cost of the Agency.

3 This reflects changes in planned program spending for the upcoming planning period as a result of 2005 Budget announcements.

4 Refer to Table 4 of this section of the RPP for additional details.

5 Full-time equivalents reflect the human resources that the Department uses to deliver its programs and services. This number is based on a calculation that considers full-time, term and casual employment, and other factors such as job sharing. Full-time equivalent totals do not reflect the Budget 2005 announcement as program decisions regarding resource allocations have not yet been taken.

The decrease in the net planned spending of $81.3M from 2004–2005 to 2005–2006 is due to incremental funding of $3.8M for HIV/AIDS, an increase of $2.9M in the transfer from Health Canada for corporate support, incremental funding of $2.8M for the Pan-Canadian Public Health System, new funding of $1.7M for the creation of a contribution program for Fellowships/ Bursaries/Scholarships and of $0.8M for Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE), reduced funding for Sectoral Involvement in Departmental Policy Development ($1.1M), a reduction caused by an adjustment to Employee Benefit Plans ($1.5M), a decrease due to the sunsetting of the Biotechnology Strategy for Genomics ($1.8M), reduced funding for the Centre of Excellence for Children's Well-Being ($1.8M), a decrease due to recently approved collective agreements not reflected in 2005–2006 ($2.0M), a reduction related to the $1B governmental reallocation exercise ($6.5M), a reduction for adjustments reflected in the 2004–2005 Supplementary Estimates for 2005–2006[1] ($28.5M) and reduced funding for Hepatitis C – Health Care Services[2] ($50.1M).

The increase in the net planned spending of $16.0M from 2005–2006 to 2006–2007 is due to additional funds of $10.2M caused by the end of the five-year agreement with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) for HIV/AIDS, incremental funding of $7.4M for the Pan-Canadian Public Health System, incremental funding of $4.4M for HIV/AIDS, incremental funding of $2.5M for the contribution program for Fellowships/Bursaries/Scholarships, sunset of Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) ($0.8M), reduced funding for Canada's Drug Strategy ($1.0M), a funding reduction due to the sunsetting of the Centre of Excellence for Children's Well-Being ($1.7M) and a reduction caused by an increase in PHAC's share of the $1B governmental reallocation exercise ($5.0M).

The increase of $3.5M in the net planned spending from 2006–2007 to 2007–2008 is due to $4.7M in incremental funding for HIV/AIDS and a reduction caused by an increase in PHAC's share of the $1B governmental reallocation exercise ($1.2M).

Table 2: Program Activity for 2005–2006 (in millions of dollars)

Program Activity	Operating	Grants and Contributions	Gross	Revenue	Total Main Estimates	Adjustments (planned spending not in Main Estimates)	Net Planned Spending
Population and Public Health	259.2	164.0	423.2	0.1	423.1	9.3	432.4

1 Includes Canadian Diabetes Strategy, Hepatitis C Disease Prevention Support and Research Program, an operating budget carry-forward, the Interdepartmental Partnership with the Official Language Communities (IPOLC) and government advertising programs (Healthy Pregnancy). Budget 2005 provides for new funding for the Canadian Diabetes Strategy of $18M per year (replacing the $15M per year that was due to sunset in March 2005) and a one-time funding of $10.7M in 2005–2006 for the Hepatitis C program.

2 This reduction is due a cyclical advance in 2004–2005 that will not occur in 2005–2006. This advance is budgeted every five years. This item will appear again in 2009–2010.

Table 3: Voted and Statutory Items listed in Main Estimates (in millions of dollars)

Vote or Statutory Item	Truncated Vote or Statutory Wording	2005–2006	2004–2005[1]
30	Operating expenditures	234.7	0
35	Grants and contributions	164.0	0
(S)	Contributions to employee benefit plans	24.4	0
	Total Department	423.1	0

(S) Statutory items are shown for information purposes only as they are expenditures incurred as a result of legislation and are not voted by Parliament.

1 PHAC's was part of Health Canada last year and amounts were included in the Health Canada Main Estimates. $410.3M was transferred from Health Canada for the 2004–2005 fiscal year as shown in Table 1 of this section.

Table 4: Net Cost of Department for 2005–2006 (in millions of dollars)

Net Planned Spending (Gross Budgetary Main Estimates plus Adjustments)	432.4
Budget Announcements	
Budget 2005 initiatives	52.2
Expenditure Review Committee Reductions	
Departmental initiatives	(3.5)
Government-wide efficiencies – procurement	(0.4)
Total Net Planned Spending:	480.7
Plus: Services Received without Charge	
Accommodation provided by Public Works and Government Services Canada (PWGSC)[1]	7.0
Contributions covering employers' share of employees' insurance premiums and expenditures paid by Treasury Board Secretariat (TBS)	9.8
Total Services Received without Charge:	16.8
Net Cost of the Department	497.5

1 PHAC's share of the cost of Health Canada's accommodation that is provided by PWGSC. The pro-ratio is based on FTEs.

Table 5: Sources of Revenue - Respendable Revenue (in millions of dollars)

Program Activity	Forecast Revenue 2004–2005	Planned Revenue 2005–2006	Planned Revenue 2006–2007	Planned Revenue 2007–2008
Population and Public Health				
Sale to federal and provincial/territorial departments and agencies, airports and other federally regulated organizations of first aid kits to be used in disaster and emergency situations.	0.1	**0.1**	0.1	0.1
Total Respendable Revenue	0.1	**0.1**	0.1	0.1

Table 6: Details on Transfer Payments Programs for the Public Health Agency of Canada

Over the next three years, the Public Health Agency of Canada will manage the following transfer payment programs in excess of $5 million:

2005–2006 through to 2007–2008

Grants to persons and agencies to support health promotion projects in the areas of community health, resource development, training and skill development and research

Grant to the Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada

Contributions to persons and agencies to support health promotion projects in the area of community health, resource development, training and skill development, and research

Contributions to non-profit community organizations to support, on a long-term basis, the development and provision of preventive and early intervention services aimed at addressing the health and developmental problems experienced by young children at risk in Canada

Contributions to the Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada

Contributions to incorporated local or regional non-profit Aboriginal organizations and institutions for the purpose of developing early intervention programs for Aboriginal pre-school children and their families

Further information on the above-mentioned transfer payment programs is accessible at: http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp.

Table 7: Horizontal Initiatives

Over the next three years, the Public Health Agency of Canada will lead the following horizontal initiative:

- Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada

Further information on all of the government's horizontal initiatives is accessible through http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp.

BUDGET DES DÉPENSES

Agence de santé publique du Canada

Budget des dépenses
2005-2006

Partie III – Rapport sur les plans et les priorités

Canada

Les documents budgétaires

Chaque année, le gouvernement établit son Budget des dépenses, qui présente l'information à l'appui des autorisations de dépenser demandées au Parlement pour l'affectation des fonds publics. Ces demandes d'autorisations sont présentées officiellement au moyen d'un projet de loi de crédits déposé au Parlement. Le Budget des dépenses, qui est déposé à la Chambre des communes par le président du Conseil du Trésor, comporte trois parties :

Partie I – Le Plan de dépenses du gouvernement présente un aperçu des dépenses fédérales et résume les principaux éléments du Budget principal des dépenses.

Partie II – Le Budget principal des dépenses étaye directement la *Loi de crédits*. Le Budget principal des dépenses énonce les autorisations de dépenser (crédits) et les sommes à inclure dans les projets de loi de crédits que le Parlement doit adopter afin que le gouvernement puisse mettre en application ses plans de dépenses. Les Parties I et II du Budget des dépenses sont déposées simultanément le 1er mars ou avant.

Partie III – Le Plan de dépenses du ministère est divisé en deux documents :

1) **Les rapports sur les plans et les priorités (RPP)** sont des plans de dépenses établis par chaque ministère et organisme (à l'exception des sociétés d'État). Ces rapports présentent des renseignements plus détaillés, pour une période de trois ans, sur les principales priorités d'une organisation, et ce, par objectif stratégique, activité de programme et résultats prévus, incluant des liens aux besoins en ressources connexes. Les RPP contiennent également des données sur les besoins en ressources humaines, les grands projets d'immobilisations, les subventions et contributions, et les coûts nets des programmes. Ils sont déposés au Parlement par le président du Conseil du Trésor au nom des ministres responsables des ministères et des organismes désignés aux annexes I, I.1 et II de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Ces documents sont habituellement déposés au plus tard le 31 mars, pour renvoi aux comités qui peuvent ensuite faire rapport à la Chambre des communes conformément au paragraphe 81(4) du Règlement.

2) **Les rapports ministériels sur le rendement (RMR)** rendent compte des réalisations de chaque ministère et organisme en fonction des attentes prévues en matière de rendement qui sont indiquées dans leur RPP. Ces rapports sur le rendement, qui portent sur la dernière année financière achevée, sont déposés au Parlement en automne par le président du Conseil du Trésor au nom des ministres responsables des ministères et des organismes désignés aux annexes I, I.1 et II de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Le Budget supplémentaire des dépenses étaye directement la *Loi de crédits*. Le Budget supplémentaire des dépenses énonce les autorisations de dépenser (crédits) et les sommes à inclure dans les projets de loi de crédits que le Parlement doit adopter afin que le gouvernement puisse mettre en application ses plans de dépenses. Le Budget supplémentaire des dépenses est habituellement déposé deux fois par année, soit un premier document au début novembre et un document final au début mars. Chaque Budget supplémentaire des dépenses est caractérisé par une lettre alphabétique (A, B, C, etc.). En vertu de circonstances spéciales, plus de deux Budgets supplémentaires des dépenses peuvent être publiés au cours d'une année donnée.

Le Budget des dépenses, de même que le Budget du ministre des Finances, sont le reflet de la planification budgétaire annuelle de l'État et de ses priorités en matière d'affectation des ressources. Ces documents, auxquels viennent s'ajouter par la suite les Comptes publics et les rapports ministériels sur le rendement, aident le Parlement à s'assurer que le gouvernement est dûment comptable de l'affectation et de la gestion des fonds publics.

©Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par
le Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005

Ce document est disponible en médias substituts sur demande.

Ce document est disponible sur le site Web du SCT à l'adresse suivante : www.tbs-sct.gc.ca

En vente chez votre libraire local ou par la poste auprès
des Éditions du gouvernement du Canada
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario)
KIA OS9

Téléphone : (613) 941-5995
Télécopieur : (613) 954-5779 ou 1-800-565-7757 (Canada et É.-U.)
Commandes seulement : 1-800-635-7943 (Canada et É.-U.)
Internet : http://publications.gc.ca

No. de catalogue :BT31-2/2006-III-123
ISBN 0-660-62757-4

Agence de santé publique du Canada

2005 – 2006
Rapport sur les plans et les priorités

Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Table des matières

Section I – Aperçu 1

Message du Ministre 2

Message de la ministre d'État à la Santé publique 3

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada 4

Renseignements sommaires 5

Plans et priorités du Ministère 6

Section II – Analyse du résultat stratégique et de l'activité de programme de l'Agence 11

Activité de programme : Santé de la population et santé publique 12

Mesures et interventions d'urgence 13

Capacité d'appliquer des mesures d'urgence 14

Capacité d'intervention en cas d'urgence 15

Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques 17

Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains 18

Stratégies intégrées de lutte contre les maladies chroniques 20

Stratégies axées sur des maladies chroniques particulières 21

Prévention et contrôle des maladies infectieuses 22

VIH/sida 23

Préparation en cas de pandémie de grippe 25

Programme de lutte contre les infections acquises à l'hôpital et en milieu de soins (nosocomiales) 26

Maladies transmissibles de l'animal à l'homme (zoonoses) 28

Outils et pratiques en santé publique 29

Élaboration d'outils et d'applications en santé publique 30

Renforcement des ressources humaines en santé publique 31

Autres programmes et services 32

Section III – Information additionnelle 35

Déclaration de la direction 36

Renseignements sur l'organisation 37

Tableau 1 : Dépenses prévues du Ministère et équivalents temps plein 38

Tableau 2 : Activité de programme en 2005–2006 40

Tableau 3 : Postes votés et législatif indiqués dans le Budget principal 40

Tableau 4 : Coût net pour le Ministère au cours de 2005–2006 41

Tableau 5 : Sources des revenus – Revenus disponibles 41

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert concernant l'Agence de santé publique du Canada 42

Tableau 7 : Initiatives horizontales 42

Section I:

Aperçu

Message du Ministre

En tant que ministre de la Santé, une de mes tâches principales consiste à aborder des questions fondamentales dans le domaine des soins de santé. Plus que jamais peut-être, l'adoption de stratégies efficaces de promotion de la santé, de protection de la santé et de prévention des maladies et des blessures permet d'aider les Canadiens et les Canadiennes à conserver et à améliorer leur santé.

Le gouvernement du Canada a marqué son intérêt renouvelé pour la santé publique en créant la nouvelle Agence de santé publique du Canada et un nouveau poste de premier plan en santé, celui d'administrateur en chef de la santé publique. Ces gestes témoignent de notre adhésion à une vision globale et intégrée de la santé. L'Agence explorera des façons novatrices de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens et de mobiliser les citoyens et les intervenants en vue de contribuer à l'orientation des politiques, des programmes et des priorités de l'Agence.

La création de l'Agence marque également le début d'une nouvelle approche du gouvernement fédéral en matière de leadership et de partenariat avec les provinces et les territoires dans les dossiers de la santé publique. Les gouvernements, les experts en santé publique et les citoyens reconnaissent tous que le Canada doit accroître ses efforts en santé publique et renforcer sa capacité de régler les problèmes de plus en plus complexes qui surviennent dans ce domaine.

En outre, les Canadiens ont fait valoir que le gouvernement devait être mieux en mesure de prévoir, de suivre et de contrer les maladies infectieuses nouvelles et émergentes de même que les facteurs de risque de plus en plus nombreux communs à de multiples maladies chroniques. L'Agence est prête à agir sur ces deux fronts.

Ce premier *Rapport sur les plans et les priorités* de l'Agence de santé publique du Canada présente les grandes lignes des priorités en santé publique du gouvernement du Canada. Ces priorités visent à offrir un aperçu fidèle de la façon dont le gouvernement du Canada peut continuer de répondre aux besoins en santé publique du pays et de la façon dont les Canadiens et les Canadiennes peuvent bénéficier d'un système de santé publique de calibre mondial.

L'objectif de l'Agence est de tirer parti des investissements dans les réseaux d'experts en santé publique. Ces efforts témoigneront du leadership, de l'esprit d'innovation et de l'engagement actif du gouvernement en santé publique au Canada. L'Agence favorisera également l'établissement de partenariats avec des intervenants au pays et à l'étranger de manière à faire progresser l'engagement du gouvernement envers la santé de la population et des collectivités canadiennes, et d'ainsi contribuer à la création d'un monde plus sain.

Je suis persuadé que l'Agence apportera une contribution significative au système de santé publique canadien et à l'état de santé global des Canadiens et des Canadiennes.

Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Message de la ministre d'État à la Santé publique

L'apparition du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) au Canada a été un événement que personne ne souhaite voir se reproduire. Mais cet événement malheureux a également été un avertissement pour les Canadiens, un signal d'alerte montrant que, dans notre monde de voyages transcontinentaux rapides et de mobilité démographique, la prestation de soins de santé, sans une structure solide et dynamique en santé publique pour la compléter, ne nous permet pas de combattre sur tous les fronts.

La création en septembre 2004 de l'Agence de santé publique du Canada et la nomination du premier administrateur en chef de la santé publique (ACSP) sont deux signes concrets que le gouvernement non seulement a tiré des leçons de la crise du SRAS, mais a aussi ouvert une nouvelle ère dans le domaine de la santé, où prévention et traitement coexistent.

Comme médecin, je sais que l'un des éléments essentiels d'une politique publique qui favorise la santé est un système de santé publique fort et efficace. C'est la raison pour laquelle je suis heureuse que l'Agence soit sur ses rails. C'est aussi un plaisir pour moi de travailler avec un Ministre et un personnel dévoué que la santé des Canadiens et des Canadiennes préoccupe au plus haut point.

Le présent *Rapport sur les plans et priorités* confirme encore une fois l'engagement pris par le gouvernement du Canada de faire de la santé publique un outil d'amélioration de la santé des Canadiens.

Au cours de ses six premiers mois de fonctionnement, l'Agence a fait des progrès considérables dans la réalisation de son objectif prépondérant, qui est de diriger les efforts déployés par le gouvernement fédéral en vue de prévenir et de contrer les maladies et les blessures et de promouvoir la santé. Dans les mois et les années à venir, l'Agence prendra des mesures en vue d'accroître notre état de préparation face à des éclosions imprévues de maladies infectieuses, qu'elles soient d'origine naturelle ou provoquées par l'homme, en vue d'enrichir notre corpus de connaissances en santé publique par des recherches et de faire progresser les politiques et la prise de décisions dans le but de prévenir les maladies chroniques et les blessures.

L'Agence est bien consciente qu'elle ne peut atteindre ses grands objectifs sans la participation et la collaboration de ses partenaires provinciaux, territoriaux et non gouvernementaux, ni sans la contribution des Canadiens au processus. En 2005–2006, l'Agence de santé publique continuera de solliciter la coopération des Canadiens à l'établissement d'objectifs pancanadiens à court et à long termes en santé, processus que l'on poursuivra dans l'avenir afin d'intégrer dans la structure de base de la nouvelle Agence des éléments de responsabilité, de transparence et de dialogue public.

Je suis convaincue que cet accent renouvelé mis sur la santé publique sous la direction éclairée de l'Agence et de l'administrateur en chef de la santé publique apportera des bienfaits durables aux Canadiens et aux Canadiennes.

Dre Carolyn Bennett, MD
Ministre d'État à la Santé publique

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada

La nouvelle Agence de santé publique du Canada a été créée en septembre dernier afin de diriger les efforts de l'administration fédérale et de promouvoir la santé publique à l'échelle nationale et internationale.

Bien que la création de l'Agence soit relativement récente, je suis fier du succès qu'elle a déjà remporté. Nous avons formulé notre vision, notre mission et notre mandat et opérons les changements structurels qui aideront l'Agence dans l'avenir. Nous avons géré les répercussions de la pénurie de vaccins antigrippaux aux États-Unis. Nous avons lancé la seconde phase du Réseau mondial d'information en santé publique et ouvert un deuxième Centre des opérations d'urgence à Winnipeg. Nous avons joué un rôle important dans les interventions humanitaires du Canada visant à aider les victimes du tsunami en Asie du Sud-Est, notamment en expédiant par avion des quantités considérables de matériel, d'équipement et de médicaments vers la région sinistrée. Nous jouons un rôle de premier plan dans la mise sur pied d'un réseau pancanadien sur la santé publique. Et, en collaboration avec les provinces et les territoires nous avons créé une réserve nationale d'agents antiviraux, faisant du Canada un des leaders mondiaux dans les mesures de préparation en vue d'une pandémie de grippe.

Dans l'avenir, l'Agence collaborera avec les provinces et les territoires en vue de faire participer les experts et les Canadiens à l'établissement d'objectifs sanitaires pancanadiens à court et à long termes par une vaste participation et consultation des citoyens. Nous ferons de la promotion de la santé et de la prévention et de la lutte contre les maladies chroniques et les maladies transmissibles des objectifs clés de l'Agence, parallèlement aux mesures d'urgence.

Pour ce faire, l'Agence tablera sur les expériences du passé et, en collaboration avec les provinces, les territoires et ses partenaires, élaborera les stratégies et les politiques judicieuses nécessaires pour protéger le mieux possible les Canadiens contre des maladies transmissibles imprévues et des maladies chroniques évitables. En 2005–2006, l'Agence s'assurera qu'elle dispose d'une infrastructure moderne et efficiente pour pouvoir s'acquitter de son mandat.

Le présent Rapport sur les plans et priorités met l'accent sur les trois priorités essentielles de l'Agence pour les trois prochaines années : élaborer et diriger les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique; élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières; et faire en sorte que la nouvelle Agence soit en mesure de s'acquitter de son important mandat, à ses deux centres principaux à Winnipeg et à Ottawa, de même que dans les régions du Canada.

Le personnel dévoué de l'Agence et moi-même sommes prêts à travailler fort pour faire progresser notre vision d'une population et de collectivités canadiennes en santé dans un monde plus sain.

Dr David Butler-Jones, MD
Administrateur en chef de la santé publique

Renseignements sommaires

Notre vision – Une population et des collectivités canadiennes en santé dans un monde plus sain

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	**2006–2007**	**2007–2008**
432,4	448,4	451,9

Le Budget de février 2005 propose un financement additionnel de 345 millions de dollars échelonné sur cinq ans pour aider l'Agence de santé publique du Canada à travailler sur ses priorités (p. ex. Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Mesures d'urgence advenant une pandémie de grippe. Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C). Le Budget contient également des détails sur les contributions des ministères à l'examen des dépenses du gouvernement fédéral.

Ressources humaines (ETP)		
2005–2006	**2006–2007**	**2007–2008**
1 836	1 877	1 886

Priorités du Ministère (en millions de dollars)				
		Dépenses prévues		
	Type	**2005–2006**	**2006–2007**	**2007–2008**
Priorité nº 1 Élaborer et diriger les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique	En cours	76,8	81,7	81,9
Priorité nº 2 Élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières	En cours	92,7	110,8	115,3
Priorité nº 3 Faire en sorte que la nouvelle Agence soit en mesure de s'acquitter de son mandat	Nouveau	52,5	41,7	40,5

Plans et priorités du Ministère

Mise en contexte

La santé publique englobe toute une série d'efforts visant à garder les gens en santé et loin des hôpitaux. Elle regroupe des activités comme l'immunisation, la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, ainsi que l'utilisation de lignes directrices pour la prévention des infections dans les hôpitaux. Citons également les mesures et les interventions d'urgence, la détection, la surveillance, les épreuves en laboratoire et la réglementation à l'appui de ces mesures et d'autres activités. En aidant les Canadiens à demeurer en santé, la santé publique peut atténuer une partie des pressions qui s'exercent sur le système de santé.

La santé publique prend pour cible la population entière en tâchant de déterminer les menaces et les risques pour la santé des Canadiens en général, à la différence des soins de santé, qui sont centrés sur la personne. Bien qu'elle fasse partie du continuum de la santé, la santé publique met l'accent sur ce qui peut être prévenu, alors que les soins de santé ont principalement une visée curative.

Dans notre monde en mutation rapide, les Canadiens sont exposés à un certain nombre de dangers pour la santé publique, et nous avons tous – comme membres du gouvernement, professionnels et experts de la santé publique, comme travailleurs d'autres secteurs de la société et comme citoyens au Canada et à l'étranger – un rôle à jouer pour relever ces défis.

À l'échelle internationale, la croissance démographique a exercé des pressions croissantes sur l'environnement naturel, augmentant le risque de transmission de maladies des animaux aux humains (zoonoses), alors que l'urbanisation, la mobilité démographique et la mondialisation croissante des approvisionnements alimentaires ont créé des terrains propices à l'incubation et au transfert de maladies infectieuses. En intervenant pour lutter contre ces risques, la santé publique aide non seulement à prévenir et à freiner la propagation des maladies infectieuses mais protège aussi les Canadiens contre des menaces bioterroristes possibles et d'importantes épidémies de maladies transmissibles.

Les tendances relatives aux facteurs de risque contribuant aux maladies chroniques montrent que ces facteurs s'intensifient également, de même que les disparités dans l'état de santé de certains groupes dans la population. Les changements dans la composition démographique de la population canadienne, les menaces présentes dans l'environnement physique, la sédentarité accrue et l'augmentation du nombre de Canadiens qui ont de mauvaises habitudes alimentaires font en sorte que la population est davantage exposée aux maladies chroniques.

En plus de ces tendances inquiétantes et des risques pour la santé publique, le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (le Comité Naylor – http://www.phac/aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index_f.html), la Commission Campbell du gouvernement de l'Ontario (http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/campbell04f/campbell04_4f.pdf) et le Comité Walker (http://www.health.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/walker_panel_2003f/walker_panelf.html), ainsi que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repfinnov03-f.htm) ont souligné qu'il était important que le gouvernement fédéral dispose d'un centre de liaison pour ses initiatives en santé publique. Ils ont cerné les problèmes suivants :

- manque de clarté dans le leadership, les pouvoirs législatifs, les rôles et responsabilités;
- absence d'uniformité dans les ressources et la coordination à l'intérieur des provinces et des territoires et d'une province et d'un territoire à l'autre, en particulier en ce qui concerne la surveillance;
- pénurie de ressources humaines en santé publique, notamment en temps de crise;
- lacunes dans la capacité de laboratoire et l'intervention d'urgence;
- manque de coordination des efforts de recherche;
- manque de clarté dans la communication des risques.

Les experts s'entendaient pour dire qu'il fallait passer à l'action.

Le 24 septembre 2004, le gouvernement du Canada a annoncé la création de l'Agence de santé publique du Canada (http://www.phac-aspc.gc.ca/new_f.html). Une population et des collectivités canadiennes en santé dans un monde plus sain, voilà la vision adoptée par l'Agence. Sa mission consiste à promouvoir et à protéger la santé des Canadiens par un travail de leadership, de partenariat, par l'innovation et des initiatives en santé publique. L'Agence offre d'importants services à l'échelle régionale; des programmes et des services clés peuvent ainsi être dispensés directement aux populations cibles dans les collectivités en collaboration avec les provinces et les territoires, les partenaires fédéraux internationaux et les intervenants. L'Agence collaborera avec des ministères fédéraux en vue de promouvoir la santé publique.

Tabler sur ses réalisations

Dans le cadre du portefeuille plus vaste du gouvernement du Canada en santé, les priorités de l'Agence de santé publique du Canada en 2005–2006 rendent compte des nouveaux besoins en santé publique de même que de ceux qui ont été identifiés par des activités continues transférées de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/index.html) et formeront les activités centrales de l'Agence :

1. élaborer et diriger (en collaboration avec ses partenaires) les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique;
2. élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières;
3. faire en sorte que la nouvelle Agence soit en mesure de s'acquitter de son mandat.

Priorité nº 1 : Élaborer et diriger les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique

En collaboration avec les provinces, les territoires, les intervenants, le portefeuille de la santé et d'autres partenaires, l'Agence :

- déterminera les objectifs en vue d'améliorer la santé des Canadiens;
- élaborera la stratégie pancanadienne en matière de santé publique;

- établira le Réseau pancanadien de santé publique;
- facilitera la création et soutiendra de façon continue les centres nationaux de collaboration en santé publique;
- continuera d'améliorer les mesures et les interventions d'urgence en santé publique.

Priorité nº 2 : Élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières

En 2005–2006, l'Agence continuera d'élaborer des stratégies intégrées et axées sur différentes maladies en vue de lutter contre les maladies chroniques et de promouvoir des modes de vie sains tout en examinant les possibilités d'intégrer des stratégies pour les maladies infectieuses.

Pour qu'une approche soit intégrée, il faut identifier les facteurs de risque communs (p. ex. inactivité physique) et centrer les efforts sur la prévention et, par la suite, l'atténuation des effets de ces facteurs. Des stratégies axées sur des maladies précises cherchent à identifier, à prévenir et atténuer les facteurs de risque associés à des maladies particulières.

À titre de maître d'œuvre du gouvernement fédéral en promotion de la santé et des modes de vie sains, l'Agence continuera, en collaboration avec Santé Canada et d'autres ministères fédéraux, à encourager les Canadiens à avoir des activités saines afin d'améliorer et de maintenir leur qualité de vie et de réduire leur risque de tomber malades. Elle continuera à tenter d'aider les Canadiens dans leurs efforts en vue de rester en santé le plus longtemps possible en ayant de bonnes habitudes de vie et en faisant la promotion des politiques publiques favorables à la santé à tous les niveaux de gouvernement.

Priorité nº 3 : Faire en sorte que la nouvelle Agence soit en mesure de s'acquitter de son mandat

En 2005–2006, l'Agence préparera sa législation habilitante, qui énoncera le mandat de l'Agence, le rôle et les responsabilités de l'administrateur en chef de la santé publique et les pouvoirs du Ministre.

Au cours de notre première année d'activité complète, nous mettrons la dernière main à notre nouvelle structure organisationnelle, centrerons nos efforts sur l'obtention de résultats, soutiendrons l'innovation dans les programmes et les politiques, ferons preuve de leadership, travaillerons efficacement en partenariat et témoignerons de notre engagement. Dans notre approche du développement des ressources humaines et du développement organisationnel, nous veillerons à ce que notre structure et nos activités de programme aillent dans le sens de nos priorités et contribuent à produire les résultats auxquels s'attendent les Canadiens de leur agence fédérale de santé publique.

Nous nouerons des relations avec les provinces et territoires, avec nos collègues, nos partenaires, les intervenants et d'autres parties pour témoigner de notre leadership, mettre en place et déployer les leviers et outils nécessaires et coordonner les stratégies et les interventions. Le rôle de premier plan de l'Agence en santé publique comporte la responsabilité de prendre des décisions fondées sur les preuves en ce qui concerne les domaines stratégiques les plus efficaces. En renforçant les liens en santé publique, nous serons mieux en mesure de contribuer aux obligations internationales du Canada, de mettre en commun l'expertise en santé publique avec nos partenaires dans le monde et d'améliorer la crédibilité générale du Canada et de notre système public de santé.

L'Agence favorisera activement l'excellence en sciences et continuera de renforcer et d'appuyer la prise de décisions fondée sur les preuves. Nous renforcerons notre appui aux activités scientifiques et de recherche, en commençant par un cadre de santé publique pour les sciences et la recherche, qui reflétera l'approche globale du portefeuille de la santé.

L'Agence a adopté un programme ambitieux et nous nous assurerons que le personnel dispose des connaissances et des habiletés nécessaires pour élaborer et transmettre les recommandations et les outils adéquats en santé publique aux Canadiens. L'Agence adoptera des politiques et des pratiques pour maintenir en place et recruter des employés qui auront les qualités requises pour l'aider à respecter son mandat et ses objectifs.

Une partie importante de la planification de l'Agence sera de mettre en place son centre principal à Winnipeg. L'Agence prendra également appui sur sa présence régionale en promotion de la santé et explorera la possibilité de renforcer ses capacités régionales en santé publique, ce qui lui permettra d'établir des liens avec des partenaires en santé publique dans tout le pays. Pour garantir un niveau élevé de collaboration et de responsabilité, nous sommes en train d'adopter une stratégie officielle de mobilisation des citoyens et ferons participer davantage les Canadiens à la prise de décisions.

Pour tous les aspects de nos efforts et de nos activités, nous nous attendons à rendre des comptes : au Parlement, à nos partenaires et aux intervenants – en fait, à tous les Canadiens.

Section II:

Analyse du résultat stratégique et de l'activité de programme de l'Agence

Résultat stratégique du Ministère : Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures

Activité de programme : Santé de la population et santé publique

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
432,4	448,4	451,9

Se reporter à la section III pour une explication des fluctuations d'une année à l'autre.

Ressources humaines (ETP)[1]		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
1 836	1 877	1 886

1 Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) correspond à l'affectation pour les dépenses salariales identifiées dans le Budget principal des dépenses de l'Agence. Avec le temps, ces chiffres seront mis à jour dans les rapports futurs sur les plans et les priorités et dans les rapports ministériels subséquents sur le rendement.

Au cours de la période de transition en sepembre 2004, les services qui étaient rattachés à Santé Canada ont formé un nouvel organisme du gouvernement du Canada. L'organisation actuelle de l'Agence de santé publique du Canada s'articule autour d'un résultat stratégique et d'une activité de programme.

En collaboration avec les provinces, les territoires, le portefeuille de la santé et d'autres partenaires, l'Agence dirige les efforts du gouvernement fédéral et met en œuvre des initiatives pancanadiennes visant à protéger et à promouvoir la santé publique à l'échelle nationale et internationale. Au nombre de ces initiatives figurent les suivantes : prévoir les menaces pour la santé publique, s'y préparer, intervenir et rétablir la situation; exercer une surveillance, effectuer des enquêtes et présenter des rapports sur les maladies, les blessures, d'autres risques pour la santé qui peuvent être évités et leurs déterminants. L'Agence est également chargée de surveiller l'état général de la santé publique au Canada, à la lumière des tendances sanitaires internationales, d'appuyer les mesures efficaces de prévention et de promotion de la santé et de mettre en place et de maintenir un réseau de santé publique en collaboration avec les intervenants. L'Agence utilise les meilleurs renseignements et outils disponibles pour appuyer les intervenants en santé publique à l'échelle nationale et internationale qui travaillent à améliorer la santé de leur collectivité et pour fournir des renseignements, des conseils et une direction en santé publique.

Les programmes de l'Agence peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

- Mesures et interventions d'urgence
- Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques
- Prévention et contrôle des maladies infectieuses
- Outils et pratiques en santé publique

Dans le reste de la présente section, certains des programmes et services clés dans ces catégories sont décrits, de même que la façon dont ils aident l'Agence à s'acquitter de son mandat.

Mesures et interventions d'urgence (http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/index_f.html)

Une des composantes clés de la santé publique est la préparation et l'intervention en cas d'urgences.

L'Agence travaille en étroite collaboration avec ses partenaires à Santé Canada, dans d'autres ministères fédéraux, dans les provinces et les territoires en vue de cerner, d'élaborer et de mettre en œuvre les priorités en matière de planification des mesures d'urgence et de dresser des plans d'intervention d'urgence en santé publique.

Les grandes orientations des activités liées aux mesures et interventions d'urgence de l'Agence viennent du Réseau fédéral-provincial-territorial des mesures et interventions d'urgence, créé à partir du Groupe de travail spécial sur les mesures et interventions d'urgence du ministère de la Santé, qui a été constitué après les attentats terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis.

Les activités de l'Agence dans le domaine des mesures et des interventions d'urgence entrent dans le tout nouveau Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé, qui fournit une approche uniforme, inter-opérationnelle en cas d'urgences sanitaires tout en respectant les particularités et priorités de chaque palier de gouvernement. Il s'harmonise et offre un appui au Système national des mesures et des interventions d'urgence du gouvernement du Canada.

Bien que les programmes et services décrits ci-dessous sont quelques-unes des activités les plus importantes dans le domaine des mesures et des interventions d'urgence qui sont entreprises par le maître d'œuvre de l'Agence dans ce secteur, soit le Centre des mesures et des interventions d'urgence, d'autres éléments – notamment le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et le Laboratoire national de microbiologie – reçoivent également une partie de ces ressources financières et contribuent de façon substantielle à la réalisation du mandat de l'Agence. De même, l'Agence collabore avec d'autres ministères et organismes fédéraux à l'intérieur du portefeuille de la santé et avec Sécurité publique et Protection civile Canada, qui sont les chefs de file dans d'autres aspects des mesures et des interventions d'urgence.

Le travail de l'Agence dans le domaine des mesures et des interventions d'urgence vient appuyer la priorité de celle-ci, qui est d'élaborer et de diriger les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique.

Capacité d'appliquer des mesures d'urgence (http://www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/index_f.html)

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
27,3	27,3	27,3

La préparation opérationnelle, la planification en cas d'urgence et les exercices (http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/oeppt-dmupf/index.html) contribuent directement à la capacité de l'Agence de santé publique du Canada d'appliquer des mesures d'urgence. En concentrant les efforts de l'Agence sur ces éléments, nous nous attendons à ce que les Canadiens aient davantage confiance en la capacité du gouvernement du Canada d'intervenir en cas d'urgences sanitaires nationales. Un des principaux avantages qui en découlent est la reconnaissance par les Canadiens du fait que le Canada s'efforce toujours d'améliorer son état de préparation afin de pouvoir intervenir lors de toutes les urgences qui menacent la santé de la population. L'Agence se prépare, dresse des plans et forme du personnel efficacement de concert avec ses partenaires afin de maintenir un niveau adéquat de préparation en cas d'urgence pour le bien de tous les Canadiens.

L'Agence est responsable d'activer le Plan d'aide en cas d'urgence, conformément à la *Loi sur le transport des marchandises dangereuses*, en réponse à des déversements accidentels de pathogènes dangereux durant leur transport. Elle équipe et coordonne 15 équipes nationales d'intervention et organise régulièrement des séances nationales de formation pour les participants fédéraux, provinciaux et territoriaux afin de maintenir leur état de préparation. Nous conserverons cette approche au cours des trois prochaines années.

Durant l'année écoulée, l'Agence a nommé des coordonnateurs régionaux des mesures et interventions d'urgence dans tout le pays, qui doivent assurer la liaison avec les autorités gouvernementales chargées dans les provinces et territoires de la protection civile afin de perfectionner la planification spécifique à chaque région, et servir d'agents de liaison avec d'autres ministères fédéraux par le biais des conseils régionaux du gouvernement fédéral. Ces efforts se poursuivront également au cours des trois prochaines années.

L'Agence continuera de fournir des renseignements exacts et à jour sur les événements nationaux et internationaux en santé publique aux Canadiens et au personnel de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par le biais du Réseau mondial d'information en santé publique (http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_gphin-rmispbk_f.html), et elle aidera à coordonner la sécurité en santé publique en fournissant des ressources essentielles au personnel sanitaire de première ligne dans tout le pays.

L'Agence dispense une formation en mesures d'urgence pour s'assurer que les professionnels disponibles ont des compétences en conception de cours, en éducation des adultes et en prestation de cours et elle aide les partenaires à mettre en place leurs propres ressources de formation d'urgence. L'Agence planifie, coordonne et met en œuvre également diverses modalités d'exercice pour tester les plans opérationnels existants afin d'améliorer l'état de préparation avant d'intégrer les leçons apprises.

L'Agence continuera d'appuyer son service national de quarantaine, qui a été renforcé après l'épidémie de SRAS, afin de s'assurer qu'il existe de solides ressources pour intervenir en vertu de la *Loi sur la quarantaine* en cas d'importation possible de maladies infectieuses dangereuses.

En améliorant l'état de préparation en cas d'urgence par la planification, des mesures opérationnelles, la formation et les exercices, l'Agence espère que les Canadiens bénéficieront d'une intervention plus efficiente et efficace visant à réduire les effets des urgences sanitaires.

Capacité d'intervention en cas d'urgence

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
11,9	14,9	14,9

Cette augmentation des ressources financières de 2005–2006 à 2006–2007 est due aux fonds additionnels reçus pour passer à un système pancanadien de santé publique.

L'Agence mobilise les ressources fédérales et coordonne les ressources pancanadiennes en services de santé et en services sociaux d'urgence au Canada et à l'échelle internationale. Elle a décidé que l'augmentation de cette capacité serait un programme clé au cours des prochaines années financières. Les Canadiens devraient voir une amélioration quelque de l'intervention en cas d'urgence en santé publique.

L'Agence inspecte et certifie les installations de confinement biologique à risque élevé (niveaux 3 et 4) et délivre des permis pour l'importation d'agents pathogènes pour les humains (*Règlement sur l'importation des agents anthropathogènes*). Elle s'assure que ses laboratoires et ceux de Santé Canada respectent les exigences relatives à la manipulation de matières radioactives et au transport des marchandises et des matières dangereuses, y compris les déchets de matières toxiques ainsi que les substances chimiques et toxiques. En élaborant et en appliquant des politiques et lignes directrices nationales en matière de biosécurité, elle offre des services nationaux d'expert-conseil dans le domaine de la sécurité biologique,.

Les deux principaux Centres des opérations d'urgence (COU) de l'Agence à Ottawa et à Winnipeg et un COU secondaire forment un système d'urgence homogène. Tous les COU de l'Agence sont complètement intégrés et ont des liens nationaux et internationaux avec d'autres COU fédéraux, provinciaux, territoriaux et étrangers, tels que le US Department of Health and Human Services Command Center, les US Centers for Disease Control and Prevention et l'Organisation mondiale de la santé.

L'Agence, la GRC et le MDN sont membre de l'Équipe mixte d'intervention en cas d'urgence chimique, biologique, radiologique et nucléaire (CBRN – http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/ophs-bssp/links_index_f.html) de la région de la capitale nationale. Celle-ci fournit des services d'expert-conseil, du matériel spécialisé, des installations et un soutien scientifique pour intervenir en cas d'incidents annoncés, perçus ou réels impliquant des armes ou des agents biologiques. L'Agence fournit des services mobiles de détection et d'intervention sur place, comme elle l'a fait lors du Sommet du G8 de 2002 à Kananaskis et

elle continuera d'améliorer ses activités d'intervention en laboratoire, tant dans son laboratoire de première ligne que dans son isolateur mobile.

L'Agence contribue en outre directement aux efforts et à la participation du Canada à l'Initiative mondiale de sécurité sanitaire, ce partenariat international qui vise à améliorer la sécurité mondiale dans le domaine de la santé publique face à la menace de terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire et de pandémie de grippe.

L'Agence maintient un lien opérationnel direct avec Sécurité publique et Protection civile Canada afin d'intégrer la capacité d'appliquer des mesures d'urgence et la capacité d'intervention du secteur de la santé avec le Cadre national de gestion des urgences du gouvernement du Canada. Cette importante fonction de liaison sera également renforcée pour inclure des liens opérationnels avec les Centres des opérations d'urgence de l'Agence.

La Réserve nationale de secours (RNS) (http://www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/ness_f.html) de l'Agence maintient des stocks dans un système solide et versatile qui comprend des fournitures, allant de petites trousses pour soigner les traumatismes à des hôpitaux d'urgence complets de 200 lits. Disposant de huit dépôts fédéraux situés à des endroits stratégiques au pays ainsi que d'environ 1 600 entrepôts gérés par les provinces/territoires, la RNS peut intervenir 24 heures sur 24 et peut être mobilisée et ses stocks distribués partout au Canada dans un délai de 24 heures après une demande d'aide.

L'Agence apporte une autre contribution directe lors des urgences sanitaires en aidant à coordonner les services de santé et les services sociaux d'urgence dans les provinces et les territoires par l'entremise du Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires et du Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence (http://www.phac-aspc.gc.ca/emergency-urgence/index_f.html).

En décembre 2001, le Bureau national des équipes d'intervention sanitaire d'urgence (BNEISU – http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/ophs-bssp/nohert_f.html) a été chargé de constituer des équipes d'intervention sanitaire d'urgence (EISU) pour aider les provinces et les territoires à accroître la capacité de réaction en cas d'urgences.

En 2005–2006, deux EISU seront dotées, formées et équipées. En 2006–2007 et en 2007–2008, une deuxième et une troisième équipe sera dotée, formée et équipée pendant que les activités en cours se poursuivront. Advenant une urgence en santé publique, le gouvernement fédéral mobiliserait les EISU soit à la demande de la province ou du territoire ou en réponse à un événement relevant de la responsabilité du gouvernement fédéral.

Équipes d'intervention sanitaire d'urgence

- Équipes d'intervention médicale en cas de catastrophe – quatre équipes dans les principaux centres du Canada
- Équipes spécialisées pour intervenir dans des cas particuliers – équipes de lutte contre les infections, équipes d'épidémiologie
- Équipe d'intervention rapide – personnel médical, infirmier et autre chargé d'assurer la liaison avec nos homologues provinciaux, d'évaluer l'intervention des EISU et de coordonner les ressources des EISU

Les Canadiens retireront des avantages directs de l'amélioration de la coordination et de la planification et d'une intervention ciblée et plus rapide en cas d'urgences en santé publique.

Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques

La santé personnelle ne consiste pas simplement en l'absence de maladie. L'Agence reconnaît qu'il est important de garder les Canadiens en meilleure santé possible le plus longtemps possible. Elle appuie la promotion de la santé comme étant l'un des fondements des modes de vie sains ainsi que la prévention et le contrôle des maladies chroniques et des infections.

Des aspects systémiques de portée générale, notamment le milieu de vie et de travail, la culture et d'autres facteurs intimement liés influent sur l'état de santé des personnes. L'approche axée sur la santé de la population et les déterminants de la santé adoptée par l'Agence pour toutes ses activités de promotion de la santé et de prévention des maladies tient compte de ces aspects. Cette approche est à la base de plusieurs investissements dans les programmes communautaires[1] axés sur l'enfance de même que dans des partenariats critiques avec d'autres ministères fédéraux tels que Santé Canada et Patrimoine canadien.

L'Agence travaille en étroite collaboration avec les ministères et les organismes du portefeuille de la santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations bénévoles en vue de déterminer les nouveaux sujets de préoccupation, d'élaborer des plans d'action pancanadiens pour la promotion de la santé, de diffuser l'information à la population et aux professionnels de la santé, d'intégrer divers intérêts et points de vue et de fournir un lien critique entre les citoyens et les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs du gouvernement.

Les principaux programmes et services de l'Agence dans ce domaine vont d'initiatives qui visent à promouvoir la santé et les bonnes habitudes de vie chez tous les Canadiens et à prévenir les maladies chroniques et les blessures chez les nombreux Canadiens qui courent un risque élevé de souffrir de ces problèmes, à des initiatives qui permettent de détecter les maladies tôt et de bien les prendre en charge de sorte que les personnes peuvent vivre sans incapacité et mener des vies productives.

L'analyse de l'inclusion sociale et économique s'inspire des travaux de l'Agence sur les déterminants sociaux de la santé. Cette analyse examine l'interaction complexe de la maladie et de l'inégalité, et l'Agence collabore avec les organisations communautaires et d'autres ministères en vue de créer des outils et des politiques efficaces pour régler les problèmes d'inégalité. Guidée par son bureau régional de l'Atlantique, l'Agence a créé des ressources comme *Une optique d'inclusion*, pour analyser les conditions d'exclusion et les solutions qui favorisent l'inclusion, ainsi que *Une vague de changement : Iniquités et maladies chroniques au Canada atlantique*, afin de faire mieux comprendre les liens entre l'inégalité et les maladies chroniques et de bien identifier les stratégies efficaces de lutte contre les maladies chroniques.

1 Voir le tableau 6 de la section III pour obtenir plus de détails sur les investissements communautaires de l'Agence.

Pour concevoir des politiques, des recherches et des programmes portant sur des populations cibles identifiables, comme les enfants et les adolescents ainsi que les personnes âgées, l'Agence maintient des partenariats, des relations de collaboration et des réseaux centrés sur les populations cibles avec d'importantes organisations nationales et internationales, d'autres ministères fédéraux et gouvernements provinciaux/territoriaux.

Les maladies chroniques au Canada imposent un lourd fardeau financier qui atteint, selon les estimations, 70 milliards $ par année.

L'Agence participe également à des activités de prévention et de contrôle intégrées et propres à certaines maladies, en particulier à des programmes et à des services liés aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires – principales causes de décès et d'incapacité au Canada.

L'Agence collabore avec les provinces et les territoires à l'élaboration de stratégies, de politiques et de programmes pancanadiens et internationaux de prévention et de contrôle des maladies chroniques intégrés et axés sur des maladies particulières et supervise leur mise en œuvre de concert avec d'autres gouvernements et intervenants. Citons entre autres l'élaboration de programmes de surveillance de maladies chroniques, la diffusion de données à l'appui de ces programmes et l'élaboration de stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge des maladies chroniques.

L'Agence travaille par l'entremise du Centre de collaboration de l'Organisation mondiale de la santé sur les politiques relatives à la prévention des maladies non transmissibles (MNT). À titre de seul centre de collaboration désigné de l'OMS sur les politiques relatives aux MNT dans les Amériques ou en Europe, elle contribue directement à renforcer les efforts internationaux de lutte contre les maladies chroniques et autres mesures visant à appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de prévention des maladies chroniques au Canada, dans les Amériques et en Europe. En outre, l'Agence travaille en étroite collaboration avec les U.S. Centers for Disease Control and Prevention dans les dossiers touchant aux maladies cardiovasculaires et à d'autres maladies chroniques.

L'engagement de l'Agence dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention et du contrôle des maladies chroniques montre concrètement qu'elle reconnaît qu'une vision intégrée de la santé constitue la meilleure façon d'appuyer ses priorités, qui sont d'élaborer et de diriger les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique, et d'élaborer, d'améliorer et de mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières.

Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/vie_saine/viesaine/index.html

Ressources financières : (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
17,3	17,0	16,9

L'Agence favorise activement les modes de vie sains par le biais de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains; cette initiative, qui est le fruit de la collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, vise à promouvoir la santé et à prévenir les maladies et se fonde sur une approche axée sur la santé de la population. Approuvés par les ministres de la Santé en septembre 2002, les buts initiaux de la stratégie sont de réduire les disparités en matière de santé et d'améliorer l'état de santé, l'accent étant mis sur l'activité physique, une saine alimentation et leur rapport avec le poids-santé.

En établissant des liens entre les stratégies existantes à l'intérieur du portefeuille de la santé et d'autres ministères et organismes fédéraux (notamment les stratégies relatives au tabagisme à l'alcool, à la prévention du diabète et des maladies chroniques) et de nouvelles activités ou collaborations pour s'attaquer à des questions émergentes (comme la santé et l'école), cette approche intégrée aura une action mobilisatrice et fera participer les partenaires de toutes les provinces et de tous les territoires dans tout le système de santé et dans d'autres secteurs. Elle tiendra également compte des déterminants de la santé; ciblera les facteurs de risque communs à de nombreuses maladies et blessures et renforcera les efforts de promotion et de prévention là où les personnes travaillent, vivent, apprennent et s'amusent. Ces buts seront atteints grâce au travail du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, et l'élaboration d'un programme de recherche et de surveillance et d'une stratégie de communication/information sur la santé.

L'Agence encourage et appuie activement les efforts de collaboration avec ses partenaires du portefeuille de la santé et d'autres ministères et organismes non gouvernementaux afin de faire valoir l'importance de l'activité physique dans la vie quotidienne. Elle accroît la connaissance et la compréhension des avantages de l'activité physique. Elle favorise les bonnes habitudes alimentaires et le rapport entre l'activité physique et une saine alimentation et le poids-santé. L'initiative sur la promotion des modes de vie sains appuie également les programmes, comme ceux de transport actif (http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/transport2.html), qui contribuent au développement durable.

L'Agence vise à réduire le fardeau que représentent les troubles mentaux et à maintenir et à améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en s'attaquant aux problèmes de santé mentale dans une perspective axée sur la santé de la population. Au nombre des activités de promotion de la santé mentale figurent le développement, la synthèse, la diffusion et l'application des connaissances; l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, programmes et activités visant à promouvoir la santé mentale et à répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux. Au cours de l'année qui vient, l'Agence mettra l'accent sur cet important domaine de la santé publique.

L'Agence gère le Centre national d'information sur la violence dans la famille (http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cniv/violencefamiliale/webli-international_f.html), centre de documentation du Canada sur la violence dans la famille et dans les rapports d'intimité, de dépendance ou de confiance. Grâce à la collaboration des 12 ministères fédéraux partenaires de l'Initiative de lutte contre la violence familiale (dont Affaires indiennes et du Nord Canada et Condition féminine Canada), l'Agence continuera de recueillir, d'élaborer et de diffuser de l'information sur la violence familiale dans tout le pays et à l'étranger.

L'Agence espère que ses activités contribueront à : améliorer la connaissance des enjeux liés à la violence familiale, à la santé mentale et à l'activité physique; à accroître la capacité des collectivités d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes dans le domaine de la violence familiale, de la santé mentale et de l'activité physique; à faire en sorte qu'au niveau intersectoriel, on soit davantage en mesure de s'attaquer véritablement à ces questions; et à améliorer la collaboration et les partenariats dans ces trois domaines.

Stratégies intégrées de lutte contre les maladies chroniques

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
6,5	7,3	7,3

Les maladies chroniques ne devraient plus être considérées séparément les unes des autres. Les stratégies qui améliorent la santé des Canadiens sont renforcées lorsqu'elles se conjuguent aux efforts des partenaires en santé. L'Agence préconise une approche globale intégrée de tout un éventail d'activités de santé publique, dont la promotion de la santé et la prévention, la prise en charge et le contrôle des problèmes de santé chroniques et des blessures.

L'Agence collabore avec les provinces, les territoires, les intervenants et des partenaires à l'échelle internationale dans le domaine de la prévention et du contrôle des maladies chroniques en exerçant une surveillance et en évaluant les risques et en élaborant des politiques et des programmes intégrés. L'Agence pense que ces efforts permettront d'améliorer les ressources scientifiques et la surveillance des maladies chroniques sur lesquelles on peut se fonder pour élaborer des politiques et lois en santé publique.

Les mesures qui portent sur plus d'un facteur de risque ou plus d'une maladie chronique augmentent la connaissance générale des maladies chroniques, de leurs facteurs de risque et de leurs complications, chez les professionnels de la santé et le grand public, et améliore les pratiques de prévention et de détection précoce des maladies chroniques en santé publique.

Des données ont également montré que des efforts globaux, intégrés et soutenus en vue de prévenir et de réduire quelques facteurs de risque clés communs aux principales maladies chroniques permettent de prévenir et de réduire l'impact des maladies chroniques. En 2005–2006, l'Agence continuera d'élaborer des stratégies intégrées dans le domaine des maladies chroniques et des modes de vie sains en collaboration avec les partenaires du portefeuille de la santé, les provinces et les territoires et avec d'autres partenaires canadiens et internationaux en santé publique. Cette approche globale portera sur les facteurs de risque communs aux principales maladies chroniques, comme le rapport entre une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et un poids malsain.

Stratégies axées sur des maladies chroniques particulières

Ressources financières : (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
10,7	10,7	10,7

En plus d'adopter une approche intégrée des facteurs de risque de maladies chroniques courantes, l'Agence continue de cibler certaines maladies chroniques particulières qui imposent un lourd fardeau social, médical et économique aux Canadiens.

Les maladies cardiovasculaires (http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/index_f.html) sont les plus meurtrières au Canada. Les maladies comme les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux sont celles qui grèvent le plus les ressources du système de santé canadien. L'Agence est le maître d'œuvre fédéral dans le domaine des maladies cardiovasculaires. Elle s'occupe notamment de la coordination générale de la prévention et du contrôle des maladies cardiovasculaires de même que de la surveillance et de l'interprétation des données. Elle continuera de travailler en étroite collaboration avec un certain nombre de partenaires clés. Plusieurs initiatives seront poursuivies, qui tableront sur l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, le Plan d'action cardiovasculaire et des stratégies ciblées de lutte contre l'hypertension.

Les buts de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, élaborés conjointement par les gouvernements et les intervenants sont de prévenir le cancer, de le guérir et d'augmenter les taux de survie et la qualité de vie des cancéreux en convertissant les connaissances acquises grâce aux recherches, à la surveillance et à l'évaluation des résultats en stratégies et en initiatives concrètes. Au terme de consultations, on a élaboré un plan de collaboration dans les domaines prioritaires, et la mise en œuvre a débuté dans plusieurs secteurs stratégiques : recherche; soins de soutien, psychosociaux et palliatifs; prévention primaire; normes; lignes directrices; planification des ressources humaines; et surveillance.

Grâce à l'Initiative canadienne sur le cancer du sein (ICCS – http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/bc-cds/index_f.html), l'Agence continue de travailler en collaboration avec les intervenants dans le domaine de la lutte contre le cancer, s'intéressant à divers aspects liés au cancer du sein, de la prévention aux soins palliatifs. Une des plus grandes réalisations dans le cadre de cette collaboration a été l'implantation du dépistage systématique du cancer du sein. En 2005–2006, l'Agence continuera d'évaluer les résultats de sa contribution à l'ICCS en vue de réduire l'incidence du cancer du sein et la mortalité qui y est associée et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer du sein.

L'épidémie de diabète ne cesse de croître au Canada. Environ deux millions de Canadiens, ou plus de 5 % des adultes au Canada, souffrent de cette maladie chronique, et 60 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Reconnaissant le fardeau social et économique que représente cette maladie, le gouvernement du Canada a lancé une Stratégie canadienne sur le diabète étalée sur cinq ans (http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/strategie/index.html), qui a été prolongée dans le budget de 2004 avec l'octroi de 30 millions de dollars. Au nombre des mesures entreprises, citons une amélioration de la surveillance du diabète et du soutien apporté aux

organisations communautaires en vue de sensibiliser la population à la maladie et à sa prévention. En 2005–2006, l'Agence concentrera ses efforts sur le contrôle et la prise en charge de la maladie dans les populations à risque et chez les personnes vivant avec le diabète.

Nous espérons, grâce à ces efforts, accroître la sensibilisation des professionnels de la santé et du grand public aux maladies chroniques, à leurs facteurs de risque, à leurs complications et aux interventions les plus efficaces pour limiter et atténuer les effets de ces maladies.

Prévention et contrôle des maladies infectieuses (http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/index_f.html)

L'accélération et la multiplication des voyages internationaux font en sorte que les Canadiens sont à 24 heures de distance de presque toute région du globe – ce laps de temps étant inférieur à la période d'incubation de la plupart des maladies transmissibles, qui peuvent être transportées par des personnes ou des produits comme les aliments. Ce fait, allié au constat que plusieurs maladies auparavant inconnues ou rares sont apparues ou réapparues récemment dans le monde, montre qu'il est nécessaire que l'Agence participe à des activités visant à réduire et à prévenir la propagation des maladies infectieuses.

L'Agence permet au Canada d'être mieux en mesure d'élaborer des politiques, d'exercer une surveillance, d'effectuer des enquêtes et de mener des recherches et des programmes pour faire face aux maladies d'origine alimentaire et hydrique, aux zoonoses, aux infections acquises en milieu de soins, aux maladies d'origine communautaire, dont les infections transmises sexuellement, et l'hépatite C et l'infection à VIH/sida, les infections respiratoires telle la tuberculose et les maladies évitables par la vaccination.

L'Agence facilite ou coordonne les enquêtes sur les éclosions de maladies dans les provinces et les territoires et à l'échelle internationale, sur demande. Elle facilite et effectue des activités d'analyse et de gestion des risques et les coordonne avec celles des organisations partenaires à l'échelle internationale, fédérale, provinciale et locale, et elle identifie les menaces émergentes pour la santé et la sécurité des Canadiens.

Plus particulièrement, l'Agence oriente au niveau pancanadien les efforts visant à réduire les infections transmises par le sang, notamment les infections associées à la transfusion et celles résultant de la transplantation.

La collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données épidémiologiques sur les infections professionnelles au sein de la population canadienne par l'Agence contribuent à améliorer les programmes de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de santé et d'autres milieux communautaires.

L'Agence favorise également l'accès à des services et à des programmes, y compris à des services d'éducation en hygiène sexuelle, en vue d'aider les Canadiens à améliorer et à conserver leur santé sexuelle et personnelle. Ces efforts sont conjugués à ceux déployés par les provinces, par les organisations non gouvernementales et les dispensateurs de soins dans le but de prévenir et de contrôler les maladies transmises sexuellement et leurs complications, notamment l'infertilité et le cancer.

En collaboration avec les provinces, les territoires et ses partenaires, l'Agence de santé publique du Canada conçoit, élabore et met en œuvre des programmes qui aideront à prévenir l'infection par le virus de l'hépatite C, viendront en aide aux personnes infectées ou touchées par la maladie et sensibiliseront la population au problème de l'hépatite C. En collaboration avec plusieurs intervenants, l'Agence appuie également la recherche visant à approfondi les connaissances sur l'hépatite C, à les transférer et les diffuser et à mettre en œuvre les résultats de la recherche dans le cadre d'autres activités de programme. L'Agence dirige et coordonne également les activités de prévention et de contrôle de la tuberculose en collaboration avec ses partenaires à l'échelle régionale, provinciale/territoriale, nationale et internationale.

Les laboratoires de l'Agence effectuent des tests microbiologiques spécialisés et mènent des recherches novatrices visant à améliorer notre capacité d'identifier les virus et les bactéries et à offrir des services de surveillance et d'appui aux enquêtes sur les éclosions. De plus, ces laboratoires fournissent aux décideurs et à d'autres intervenants des renseignements scientifiques et des conseils sur la façon de réduire au minimum les risques de maladies humaines découlant des interactions entre les humains, les animaux et l'environnement. Leur expertise en matière de sécurité biologique en laboratoire se fonde en partie sur la capacité de confinement de haut niveau du Centre scientifique canadien de la santé humaine et animale à Winnipeg, qui abrite le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence (http://www.nml.ca/francais/index.htm) et le Centre national pour les maladies animales exotiques de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

L'accent mis par l'Agence sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses vient appuyer la priorité de cette dernière, qui est d'élaborer et de diriger les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique, de même que son autre priorité, qui est d'élaborer, d'améliorer et de mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières.

VIH/sida (http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/vih_sida/initiative_federale/initiative/index.htm)

Ressources financières : (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
34,8	49,5	54,1

L'augmentation des ressources financières entre l'année 2005–2006 et les années 2006–2007 et 2007–2008 reflète l'obtention de fonds additionel pour financer l'Initiative fédérale en réponse au VIH/sida et la conclusion, prévue pour mars 2006, d'une accord quinquennale avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les IRSC recevrant des fonds par transfert permanent en 2006–2007

Selon les estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, près de cinq millions de personnes ont contracté l'infection à VIH en 2003 – soit plus qu'au cours de toute autre année depuis le début de l'épidémie. Dans le monde, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 38 millions. En tout, plus de 20 millions de personnes sont mortes du sida depuis l'identification de la

maladie en 1981. À la fin de 2002, environ 56 000 Canadiens vivaient avec une infection à VIH – soit 12 % de plus qu'à la fin de 1999. Environ 30 % de ces personnes ignoraient qu'elles étaient infectées. Cet aspect « caché » de l'épidémie fait en sorte qu'environ 17 000 personnes infectées ne sont pas en mesure d'avoir accès à des services de traitement, de soutien ou de prévention. L'infection à VIH/sida est toujours une maladie mortelle et il n'existe aucun vaccin pour prévenir les nouvelles infections.

Bien que les hommes homosexuels demeurent le groupe le plus touché par l'infection à VIH/sida au Canada, l'épidémie sévit également dans d'autres populations, notamment chez les Autochtones, les détenus, les toxicomanes, les jeunes, les femmes et les personnes issues de pays où le VIH est endémique.

Le gouvernement du Canada lutte activement contre le VIH/sida depuis 1983. La Stratégie canadienne sur le VIH/sida (http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/hiv_aids/initiative federale/surveillance/can_strat.html) s'est attachée à créer une approche nationale permanente pour lutter contre le VIH/sida, en intensifiant la collaboration avec tous les secteurs de la société. Elle a fait ressortir les enjeux juridiques, éthiques et relatifs aux droits de la personne tout en continuant à soutenir le travail des organisations non gouvernementales (ONG) locales et nationales, des chercheurs dans le domaine du VIH/sida et des épidémiologistes.

Tablant sur les recommandations du Rapport du Comité permanent de la santé intitulé *Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida* (2003) (http://www.parl.gc.ca/InfocomDoc/37/2/HEAL/Studies/Reports/healrp03-f.htm), sur les leçons tirées des stratégies fédérales antérieures de lutte contre le VIH/sida ainsi que sur les consultations auprès des intervenants et des provinces et territoires, le gouvernement du Canada a annoncé en mai 2004 que le financement fédéral dans le domaine du VIH/sida passerait de 42,2 millions à 84,4 millions de dollars en 2008–2009.

Le lancement de l'Initiative fédérale en réponse au VIH/sida au Canada en janvier 2005 a marqué le début d'un nouveau rôle renforcé pour le gouvernement fédéral dans les efforts du Canada pour contrer le VIH/sida. L'Initiative fédérale est le fruit d'un partenariat entre l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Service correctionnel du Canada.

Cette initiative vise à prévenir les nouvelles infections, à ralentir la progression de la maladie et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, à réduire l'impact social et économique du VIH/sida et à contribuer aux efforts internationaux de lutte contre l'infection à VIH. Voici quelques-unes des principales activités auxquelles participe l'Agence : approfondir les connaissances sur le VIH/sida afin de mieux orienter les activités de prévention de l'infection à VIH et de soins ainsi que les programmes et services de traitement et de soutien; élaborer des approches discrètes à l'intention des populations les plus vulnérables au VIH/sida; sensibiliser la population au VIH/sida et aux facteurs, tels que la stigmatisation et la discrimination, qui alimentent l'épidémie; intégrer les programmes et services de lutte contre le VIH/sida avec ceux visant d'autres maladies telles que l'hépatite C et les infections transmises sexuellement, s'il y a lieu; mobiliser sur une grande échelle d'autres ministères fédéraux afin de s'attaquer à des problèmes qui influent sur la santé, par exemple le logement et la pauvreté; accroître la participation du Canada aux efforts internationaux de lutte contre le VIH/sida; améliorer la communication des résultats obtenus grâce aux investissements fédéraux dans le domaine du VIH/sida.

Préparation en cas de pandémie de grippe

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
7,0	7,0	7,0

La principale urgence en santé publique dans le domaine des maladies infectieuses à laquelle auront à faire face le Canada et le reste du monde sera probablement une pandémie de grippe. Dans une telle optique, l'Agence a collaboré avec les provinces et les territoires et d'autres intervenants à l'élaboration du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLPI). L'objectif du PCLPI est de réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité ainsi que les perturbations sociales durant une pandémie de grippe. Le PCLPI est mis à jour continuellement à mesure que de nouvelles connaissances et de nouvelles lignes directrices en matière de planification sont intégrées, mais il demeure le fondement des plans antipandémiques provinciaux et territoriaux et décrit les diverses responsabilités de tous les paliers de gouvernement.

Même si l'on ne peut prédire à quel moment surviendra la prochaine pandémie, il importe de travailler avec nos partenaires internationaux à la surveillance des maladies et aux menaces qui pourraient signaler le début d'une pandémie, et de s'assurer que la coopération internationale nécessaire est en place avant qu'une pandémie ne se produise. L'Agence, de même que les provinces et les territoires, par le biais du Comité fédéral-provincial-territorial de la grippe pandémique travaillent en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les membres du Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale (GTPSM) en vue d'accroître l'état de préparation advenant une pandémie de grippe au Canada et dans le monde. L'Agence continuera également de jouer un rôle de premier plan dans la mise à jour du PCLPI, en collaboration avec les provinces et territoires, et de promouvoir la mise en œuvre de toute mise à jour du Plan par tous les paliers de gouvernement. En dirigeant la mise en œuvre des activités de surveillance et en y participant, l'Agence peut aider à s'assurer que le Canada est mieux préparé et davantage capable d'intervenir en cas de pandémie.

Pour être prêt à faire face à une pandémie de grippe, il faut entre autres s'assurer de disposer au Canada de stocks adéquats de vaccins. La signature d'un contrat de dix ans (2001–2011) avec ID Biomedical pour la mise au point et le maintien de la capacité de production nationale de vaccins contre une pandémie aide à renforcer notre état de préparation advenant une pandémie de grippe. L'Agence et les provinces et territoires ont contribué à la création d'une réserve d'antiviraux en prévision d'une pandémie.

On ne peut prendre les bonnes décisions en matière de surveillance et de préparation sans activités de recherche et d'application des connaissances. Voici certaines des activités de recherche en cours liées à la planification en prévision d'une pandémie de grippe : l'évaluation des programmes de vaccination contre la grippe au Canada en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada et d'autres partenaires à l'intérieur comme à l'extérieur du portefeuille de la santé, et un atelier de modélisation sur l'impact potentiel du vaccin antipandémique et des antiviraux. Ces recherches servent à orienter les interventions en santé publique et à informer les professionnels et la population.

Depuis son apparition en 2003, une souche mortelle (H5N1) du virus de la grippe aviaire a tué des millions d'oiseaux domestiques en Asie. En date du 2 février 2005, l'OMS a confirmé la survenue de 55 cas de grippe aviaire chez les humains, avec un taux de mortalité de plus de 75 %. À la fin de 2004, l'OMS a confirmé le premier décès dû à une transmission interhumaine du virus H5N1 de la grippe aviaire et a conclu que le risque d'une nouvelle pandémie de grippe associée à ce virus n'a jamais été aussi grand.

Programme de lutte contre les infections acquises à l'hôpital et en milieu de soins (nosocomiales)

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
3,9	3,9	3,9

Selon des estimations, de 5 à 10 % de tous les patients admis dans un établissement de santé développeront une infection nosocomiale (iatrogène/hospitalière). Bien que la prestation de soins directs relève presque entièrement de la compétence des provinces et des territoires, le programme de lutte contre les infections nosocomiales collabore avec les provinces et les territoires en vue de mettre l'accent sur les répercussions en santé publique de la transmission d'agents infectieux durant les soins. Une infection nosocomiale particulière, l'infection à *Clostridium difficile (C. difficile)*, a retenu davantage l'attention de la population au cours des derniers mois (http://www.phac-aspc.gc.ca/c-difficile/index_f.html). *C. difficile* constitue la cause la plus fréquente de diarrhée infectieuse dans le monde industrialisé, environ 20 % des cas survenant chez les personnes qui prennent des antibiotiques.

L'Agence a publié des lignes directrices pour la prévention des infections (LDPI), série de recommandations grandement utilisées qui donnent aux dispensateurs de soins, aux gouvernements et à d'autres établissements des renseignements sur les meilleures pratiques de prévention et de contrôle des infections contractées durant des soins. L'Agence tentera particulièrement d'étendre la portée de ses recommandations afin d'inclure tout le champ de la prestation des soins de santé, allant des soins de courte durée, aux soins de longue durée, aux soins en cabinet et en consultation externe et aux soins à domicile.

L'Agence essaie également de réduire au minimum l'impact des infections nosocomiales grâce au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN). Ce programme de surveillance nationale fournit des statistiques et des données sur les infections nosocomiales au Canada qui peuvent être utilisées dans l'élaboration et l'évaluation de lignes directrices. Le PCSIN mène actuellement un projet sur l'incidence en collaboration avec les principaux hôpitaux d'enseignement et certains des établissements affiliés dans neuf provinces afin de déterminer les taux de diarrhée associée à *C. difficile* et l'incidence d'issues défavorables dans diverses régions du Canada. L'étude a débuté le 1er novembre 2004 et devrait se terminer le 30 avril 2005. Dans le cadre de cette étude, l'Agence s'efforcera de déterminer s'il existe un moyen de distinguer les cas graves des cas bénins et s'il existe une « nouvelle » souche de *C. difficile* qui accroît la gravité de la maladie.

En janvier 2005, l'Agence entamera une enquête sur tous les hôpitaux au Canada afin de mieux comprendre leurs pratiques de prévention et de lutte contre l'infection à *C. difficile*. Elle se servira de cette information pour raffiner ses recommandations en matière de prévention et de lutte contre l'infection à *C. difficile* dans ses lignes directrices pour la prévention des infections.

Au cours des trois prochaines années, le PCSIN étendra le nombre de ses projets de surveillance active et de ses activités stratégiques ayant trait aux infections contractées durant la prestation de soins critiques. Il exercera également une surveillance continue dans les unités de soins intensifs de ses 30 hôpitaux affiliés au Canada et commencera à étendre son réseau pour inclure des hôpitaux communautaires clés et des organismes dispensant des soins de longue durée.

L'unité de résistance aux antimicrobiens et des infections nosocomiales du Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg travaille en étroite collaboration avec le programme des infections nosocomiales pour aider à concevoir des études de surveillance et fournir des données de laboratoire sur les bactéries recueillies durant les études. Le Laboratoire identifie et analyse également les gènes de résistance aux antimicrobiens dans les pathogènes nosocomiaux courants afin de suivre la propagation de ces organismes à l'intérieur des hôpitaux et d'un hôpital à l'autre. L'Unité collabore aussi étroitement avec les laboratoires hospitaliers en vue de détecter et de comprendre les formes émergentes d'antibiorésistance. Cette information facilite l'élaboration de tests rapides d'identification de nouveaux profils de résistance et aide l'Agence à mieux comprendre comment empêcher les souches résistantes de se propager.

Aux efforts de surveillance à l'échelle nationale s'ajoutent un soutien apporté aux programmes des provinces et territoires et des organisations dispensant des soins de santé pour les enquêtes sur les éclosions d'infections nosocomiales, telles que le SRAS et la grippe aviaire. L'Agence effectue une analyse en profondeur des éclosions de maladies infectieuses dans les établissements de soins au Canada et élabore également des plans nationaux d'urgence pour faire face aux agents infectieux émergents en milieux de soins.

Maladies transmissibles de l'animal à l'homme (zoonoses)

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
19.5	22.4	22.4

Cette augmentation des ressources financières de 2005–2006 à 2006–2007 est due aux fonds additionnels reçus pour passer à un système pancanadien de santé publique.

Les zoonoses (maladies transmissibles de l'animal à l'homme) englobent des maladies causées par un large éventail de pathogènes qui proviennent des animaux et du milieu agricole. Cette situation devrait persister. En plus des effets directs sur la santé et des coûts afférents pour le système de santé, les effets économiques et sociaux continus des zoonoses sont considérables, allant d'une perte de productivité à des restrictions visant les échanges et les voyages internationaux. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), le Laboratoire national de microbiologie (LNM) et le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire (LLZA) mènent tous des activités de lutte contre les zoonoses.

Le CPCMI intervient en exerçant une surveillance nationale de certaines zoonoses et participe aux interventions et à la gestion des éclosions. Il dispense également des services d'expert-conseil sur les risques en santé publique associés aux zoonoses et aux maladies émergentes et fournit des renseignements et des conseils ciblés à la population et aux intervenants en santé. L'Agence poursuit ses activités de recherche et de surveillance relativement au virus du Nil occidental (VNO), collaborant avec les agences du sang au Canada afin de réduire au minimum les risques auxquels sont exposées les réserves de sang canadiennes. Les efforts initiaux de l'Agence touchant le VNO sont également adaptés de façon que les provinces et les territoires puissent élaborer leurs plans d'intervention contre le VNO et ils serviront de modèles pour d'autres zoonoses. Au cours des trois prochaines années, le CPCMI continuera de fournir l'infrastructure et l'expertise scientifique nécessaires pour appuyer la surveillance de base, le développement des connaissances, la recherche, la coordination et les activités d'orientation applicables à certaines zoonoses particulières.

Au cours des trois prochaines années, le Laboratoire national pour les zoonoses et les pathogènes spéciaux (LNZPS), ressource spécialisée du LNM à Winnipeg, continuera de fournir des services de recherche et de développement, de diagnostic et de référence, et d'exercer une surveillance à l'échelle nationale et internationale des zoonoses et des agents connexes faisant l'objet d'un confinement biologique. Le programme des ZPS est unique au Canada, offrant des services de laboratoire pour une vaste gamme de pathogènes responsables de zoonoses, dont il est le seul à s'occuper, dans la plupart des cas, au Canada. Le LNZPS exercera la niveau approprié de surveillance des zoonoses en laboratoire, afin d'aider l'Agence à élaborer et à adopter des stratégies adéquates de prévention, d'intervention et de lutte.

Des programmes nationaux de surveillance des tendances de la résistance aux antimicrobiens dans certains entérobactéries et bactéries indicatrices isolées chez les humains, les animaux et dans les aliments constituent un élément important au niveau en santé publique. Le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire (http://www.phac-aspc.gc.ca/fb-bta/index_f.html) produit

résume et diffuse les données scientifiques pour la prévention et le contrôle des risques en santé publique associés aux maladies infectieuses entériques. L'Agence continuera d'améliorer et de renforcer cette capacité d'intervenir dans les dossiers comme la résistance aux antimicrobiens découlant des interactions entre les humains, les animaux et l'environnement en offrant des programmes d'intégration comportant des activités de surveillance, de recherche, d'évaluation du risque et des conseils sur l'efficacité des politiques.

Au cours des trois prochaines années, le LLZA prévoit effectuer des recherches spécifiques sur les principaux entéropathogènes, notamment en ce qui concerne la virulence et l'adaptation de l'hôte et de nouvelles interventions au point de contact entre les humains et les animaux. En collaboration avec le CPCMI et le LNM, le LLZA coordonnera le Programme intégré canadien de surveillance de la résistance antimicrobienne (PICRA), travaillant avec Santé Canada et d'autres homologues fédéraux et provinciaux, le monde universitaire, les partenaires de l'industrie et les intervenants afin d'élaborer un programme pancanadien de surveillance visant à suivre les tendances de la résistance aux antimicrobiens dans certains entéropathogènes et bactéries indicatrices isolés chez les humains, les animaux et dans les aliments.

Outils et pratiques en santé publique

L'infrastructure est un autre élément clé d'un système de santé publique solide.

Dans le budget de 2004, le gouvernement du Canada a engagé des ressources en vue d'améliorer les services de santé publique de première ligne et a investi notamment 500 millions de dollars pour faciliter l'élaboration et l'implantation d'un système de surveillance de la santé publique, pour appuyer une stratégie nationale d'immunisation et pour aider à améliorer la capacité en santé publique à l'échelle provinciale et territoriale.

L'Agence contribue à cette amélioration de l'infrastructure en élaborant et en fournissant des outils et des applications qui viennent prêter main-forte aux professionnels de la santé de première ligne ainsi que des pratiques et des programmes pour renforcer les capacités à long terme des professionnels de la santé publique. Par exemple, l'Agence fournit des outils de gestion des données et l'accès aux données et à l'information nécessaires à la prise de décisions fondées sur des preuves tout en veillant à ce que l'on gère efficacement les risques liés à la protection des renseignements personnels.

L'Agence apporte également deux leviers importants pour l'amélioration des ressources humaines en santé publique et offre des programmes en ligne et parraine des programmes de formation en épidémiologie. Les professionnels de la santé dans les services locaux de santé publique et les autorités sanitaires régionales de tout le Canada ont recours aux programmes de l'Agence afin d'accroître leurs compétences dans les domaines de l'épidémiologie, de la surveillance et de la gestion de l'information.

En particulier, l'Agence est un chef de file en épidémiologie de terrain, qui est l'application des méthodes épidémiologiques à des problèmes de santé nationaux, lorsqu'il est nécessaire de mener rapidement une enquête sur place. Les épidémiologistes de terrain sont des détectives qui s'intéressent à diverses pathologies. Ils sont invités à étudier des maladies sur place pour mieux en comprendre le fonctionnement et mieux les maîtriser. L'épidémiologie de terrain consiste à aider l'équipe chargée de l'enquête à définir les cas, à les dénombrer et à les interroger, à coordonner la collecte et l'analyse des

échantillons, à appliquer des méthodes statistiques pour évaluer les facteurs responsables de la maladie en cause et à recommander des mesures de lutte.

Ces efforts en vue d'élaborer, de promouvoir et d'améliorer les outils et pratiques dans le domaine de la santé publique viennent appuyer deux priorités de l'Agence, qui sont d'élaborer et de diriger les initiatives stratégiques à long terme du Canada en santé publique, et d'élaborer, d'améliorer et de mettre en œuvre des stratégies intégrées et axées sur des maladies particulières.

Élaboration d'outils et d'applications en santé publique

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
5,3	5,4	5,6

Pour relever les principaux défis dans le domaine de l'information auxquels font face les professionnels de la santé publique au Canada, l'Agence a élaboré, entre autres, deux applications utiles en santé publique : le programme de Surveillance canadienne intégrée de la santé publique (SCISP) et le programme d'infrastructure de Système d'information géographique (SIG).

La SCISP (http://www.cphs.ca/fronch_index.htm) est le programme de l'Agence qui élabore des suites d'applications informatiques et de bases de données intégrées pour permettre la collecte, l'intégration, l'analyse, l'interprétation et la diffusion systématiques des données de surveillance en santé publique. Le programme de la SCISP travaille en collaboration avec les professionnels de la santé publique des provinces et des territoires participant à l'alliance stratégique de collaboration de la SCISP en vue de renforcer la capacité de surveillance en santé publique à l'échelle locale, provinciale, territoriale et nationale.

Le principal produit de la SCISP jusqu'à présent est le Système d'information en santé publique intégré (SISP-i – http://www.phac-aspc.gc.ca/csi-ccs/cphs_f.html). Il s'agit d'une suite unique de programmes basés sur le Web comprenant des modules personnalisés de gestion de l'information en santé qu'utilisent les professionnels de la santé publique de première ligne, les gestionnaires de la santé, les épidémiologistes et les chercheurs dans le domaine de la santé. Les modules du SISP-i fournissent des outils pour l'évaluation des clients comme pour la gestion des cas. Le Système permet l'enregistrement, la conservation, la consultation et la gestion de l'information, des traitements et des résultats cliniques concernant chaque patient.

L'application du SISP-i, par le biais d'un registre intégré de clients dans toutes les provinces et les territoires et d'autres sources importantes de données, vient appuyer tous les aspects des services de santé publique, notamment : le partage rapide de l'information, une coordination des interventions et une action efficace. Les professionnels de la santé publique sont ainsi mieux en mesure de prévoir, de contrer et de prévenir les menaces pour la santé publique. Dans le système sont intégrés les dossiers médicaux des clients, les ordonnances, les rendez-vous et les rapports permettant de gérer efficacement les cas, la surveillance, le dépistage, le ménagage et le suivi. Les praticiens environnements prioritaires à

apporter à cette suite évolutive d'outils (comme les capacités intégrées de gestion des éclosions et de la quarantaine) sont en train d'être mises au point. On a aussi commencé à transformer le SISP-i pour qu'il soit compatible avec le dossier de santé électronique.

Le SISP-i, qui est le fruit d'une collaboration, fait participer les partenaires et d'autres intervenants à son élaboration à tous les niveaux, y compris celui de la définition des exigences. Les partenaires et les intervenants reçoivent ainsi l'outil d'information en santé publique dont ils ont besoin.

Le programme d'infrastructure de SIG (http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/gis_f.html) favorise l'utilisation d'un outil en ligne convivial destiné aux professionnels de la santé publique et appelé Générateur de cartes pour la santé publique. Cet instrument répond aux besoins actuels d'une solution rentable pour le SIG en santé publique en fournissant aux professionnels de la santé publique un site Web bilingue qui leur permet de créer leurs propres cartes de façon simple et rapide. Les professionnels de la santé publique peuvent maintenant obtenir des cartes à partir de leurs données tabulaires sur la santé en utilisant des données spatiales provenant d'un dépôt de données spatiales intégrées, sans avoir à connaître ni à bien maîtriser le SIG.

Le programme d'infrastructure de SIG permet aux professionnels de la santé publique de visualiser et d'analyser les données sur la santé dans un cadre spatial et les aide à prendre des décisions fondées sur des preuves dans les domaines suivants : planification et évaluation de programmes, enquêtes sur les éclosions de maladies, surveillance des maladies et des blessures, mesures d'urgence, affectation des ressources, mise en œuvre et évaluation de programmes d'intervention, sensibilisation de la population et élaboration de politiques. L'infrastructure de SIG est reconnue comme un outil d'importance vitale qui évolue sans cesse.

En utilisant ces outils, les professionnels de la santé devraient être en mesure de prendre de meilleures décisions en se fondant sur les données empiriques obtenues grâce à des méthodes et des techniques éprouvées.

Renforcement des ressources humaines en santé publique

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
5,8	6,0	6,0

Le Programme canadien d'épidémiologie de terrain (PCET – http://www.phac-aspc.gc.ca/cfep-pcet/index_f.html) a été créé en 1975 et offre une formation spécialisée aux professionnels de la santé en épidémiologie appliquée. Il a été le premier programme de formation en épidémiologie de terrain à naître suivre le programme modèle des États-Unis, et plus de 100 diplômés travaillent maintenant au Canada et à l'étranger et contribuent ainsi à accroître les ressources en santé publique.

Depuis la création du Programme, les épidémiologistes de terrain ont enquêté sur plus de 200 éclosions et d'autres problèmes de santé publique et ont fourni une aide épidémiologique à toutes les provinces et à tous les territoires au Canada de même qu'à l'étranger.

Le Programme favorise le développement d'habiletés et de compétences qui sont difficiles à acquérir en milieux universitaire ou professionnel. Les épidémiologistes de terrain doivent satisfaire à huit directives en matière d'expérience professionnelle durant leur formation de deux ans. À la fin de cette dernière, ils reçoivent un certificat en épidémiologie de terrain reconnu à l'échelle internationale.

Le Programme prévoit étendre ses activités au cours des deux prochaines années, doublant le nombre de places disponibles pour les nouveaux étudiants, augmentant ainsi la capacité à long terme de répondre à la demande actuelle et future.

Le Programme d'amélioration des compétences (http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/sehs-acss/index_f.html) vient compléter le programme canadien d'épidémiologie de terrain en offrant aux travailleurs de la santé publique de tout le Canada des possibilités d'apprentissage à distance intéressantes et de grande qualité. Le Programme tente de combler des lacunes importantes au niveau des connaissances dans les domaines de l'épidémiologie, de la surveillance et de la gestion de l'information en santé. Il est mis en œuvre en collaboration avec l'Agence, les provinces, les territoires, les associations professionnelles et les établissements d'enseignement et fournit des moyens pour que ces connaissances acquises soient reconnues par les universités, les associations professionnelles et les autorités en santé publique.

L'amélioration des compétences, des connaissances et des capacités de la main-d'œuvre en santé publique nous permettra d'exercer une surveillance efficace et d'intervenir en cas de menaces et d'urgences sanitaires à l'échelle locale, provinciale, territoriale, fédérale et internationale.

Autres programmes et services

Ressources financières (en millions de dollars)		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
282.4	277.0	275.8

Bureau de la sécurité des laboratoires
http://www.phac-aspc.gc.ca/ols-bsl/index_f.html

Enfance et adolescence
http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/

Vieillissement et aînés
http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/whatsnew_f.htm

Réseau canadien de la santé
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/vie_sante/evenements/index.html

Surveillance de la santé et épidémiologie
http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dsem/index_f.html

Secteur bénévole
http://www.phac-aspc.gc.ca/vs-sb/secteurbenevole/index.html

Surveillance des maladies non-transmissibles
http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/surveil_f.html

Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI)
http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cindi/index_f.html

Centre de collaboration de l'OMS sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles
http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/international_f.html

Hépatite C
http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/index.html

Hémovigilance
http://www.phac-aspc.gc.ca/hcai-iamss/index.html

Division de l'immunisation et des infectious respiratoires
http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/index.html

Réseau de surveillance de la santé
http://www.phac-aspc.gc.ca/dird-dimr/indes-f.html

Section III :

Information additionnelle

Déclaration de la direction

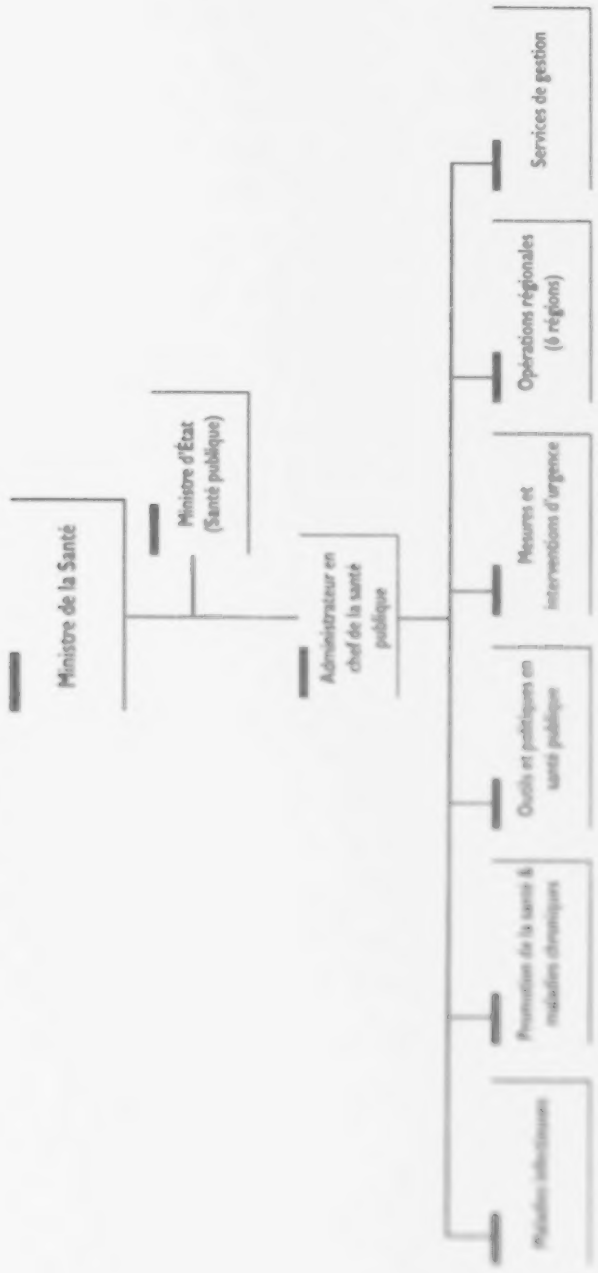
Je soumets, en vue de son dépôt au Parlement, le Rapport sur les plans et priorités (RPP) de 2005–2006 de l'Agence de santé publique du Canada.

Le document à été préparé en fonction des principes de reddition de comptes contenu dans le *Guide pour la préparation de la Partie III du Budget des dépenses : Rapports sur les plans et priorités.*

- Il est conforme aux exigences particulières en matière de reddition de comptes décrites dans les lignes directrices du SCT;
- Il est fondé sur la structure de responsabilisation approuvée du Ministère, telle qu'elle est indiquée dans sa Structure de gestion des ressources et des résultats (SGRR);
- Il présente des renseignements uniformes, complets, équilibrés et précis;
- Il offre un modèle de responsabilisation pour les résultats atteints avec les ressources et les autorités allouées;
- Il fait état des sommes qui ont été allouées en fonction des dépenses prévues approuvées par le Secrétariat du Conseil du Trésor selon le RPP.

Dr David Butler-Jones, MD
MHSc, CCFP, FRCPC, FACPM
Administrateur en chef de la santé publique

Renseignements sur l'organisation


Ministre de la Santé
Ministre d'État (Santé publique)
Administrateur en chef de la santé publique
Maladies infectieuses
Promotion de la santé et maladies chroniques
Outils et politiques en santé publique
Mesures et interventions d'urgence
Opérations régionales (6 régions)
Services de gestion

Renseignements sur la structure organisationnelle proposée, en date de février 2005

Tableau 1 : Dépenses prévues du Ministère et équivalents temps plein

(en millions de dollars)	Prévisions de dépenses 2004–2005[1]	Dépenses prévues 2005–2006	Dépenses prévues 2006–2007	Dépenses prévues 2007–2008
Budgétaire du Budget principal de dépenses		423,2	433,1	431,9
Moins : Revenus disponibles		(0,1)	(0,1)	(0,1)
Total du Budget principal des dépenses		**423,1**	**433,0**	**431,8**
Rajustements :				
Transfert de Santé Canada[2]	410,3			
Budget supplémentaire des dépenses :				
Fonds additionnels pour passer à un système pancanadien de santé publique	73,4			
Prolongement d'un an des programmes existants de promotion de la santé (Stratégie canadienne sur le diabète et Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C)	21,5			
Report le fonds non utilisés du budget de fonctionement pour la variole et le cadre pour la politique agricole	6,8			
Financement par reconduction pour le VIH/sida	3,0	6,8	11,2	15,9
Transfet de fonds de Patrimoine canadien relativement au développement de Communautés de langue officielle en situation minoritaire (Partenriat interministériel avec les communautés de langue officielle)	0,1			
Fonds lés aux programmes de publicité du gouvernement (Grossesse en santé)	0,1			
Moins: Transfert aux Instituts de recherche en santé d Canada (IRSC) pour le VIH/sida	(1,8)			
Moins: Réduction liée aux programmes de publicité du gouvernement	(2,0)			
Fonds our la création du programme de conditions pour les bourses de recherche/bourses/bourses d'études		1,7	4,2	4,2
Fonds our l'encéphalopathie spongiforme bovine(ESB)		0,8		
Autres rajustements :				
Conventions collectives	2,3			
Total derajustements :	513,7	9,3	15,4	20,1
Dépenses nettes prévues[3]	513,7	432,4	448,4	451,9
Annonces du Budget				
Initiatives du Budget de 2005		52,2	70,3	66,9
Comité d'examen des dépenses				
Initiatives du Ministère		-3,5	-16,4	-17,9
Économies à l'échelle du gouvernement – approvisionnement		-0,4		
Total desdépenses nettes prévues	513,7	480,7	502,3	500,9
Plus : coûtdes services reçus à titre gracieux[4]	16,0	16,8	17,1	17,1
Coût nodu programme	529,7	449,2	465,5	469,0
Équivalents temps pleins[5]	1 778	1 836	1 877	1 886

1. Reflète meilleure prévision du total des dépenses nettes prévues jusqu'à la fin de l'année financière. Pour l'année financière 2004-2005, une affectation à but spécial a été prévue à l'intérieur de Santé Canada pour séparer les ressources associées à l'Agence de santé publique du Canada.
2. Le crédit de Santé Canada reflète la part pour l'Agence de santé publique du Canada dans le Budget principal des dépenses de Santé Canada redressé pour mettre les coûts directs et indirects du services administratif de l'Agence.
3. Ce chiffre reflète les modifications apportées aux dépenses de programmes pour la prochaine période de planification par suite des annonces du Budget de 2005.
4. Se référer au tableau 4 de la présente section du RPP pour plus de détails.
5. Les équivalents temps plein rendent compte des ressources humaines qui aident le Ministère pour offrir ses programmes et services. Ce nombre reflète un calcul qui tient compte des emplois à temps plein, des emplois pour une période déterminée et des emplois occasionnels ainsi que d'eux facteurs comme le partage d'emploi. Ces équivalents plein temps (ETP) ne reflètent pas l'impact du Budget de 2005 car les décisions liées à l'affectation des ressources n'ont pas été prises.

La diminution des dépenses nettes prévues de 81,3 M$ pour la période de 2004–2005 à 2005–2006 est due à de multiples facteurs : financement par reconduction de 3,8 M$ pour le VIH/sida, augmentation de 2,9 M$ dans le transfert de Santé Canada pour le soutien administratif, financement par reconduction de 2,8 M$ pour le système pancanadien de santé publique, nouveau financement de 1,7 M$ pour la création d'un programme de contributions pour les bourses de recherche/bourses/bourses d'études et de 0,8 M$ pour l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), réduction de financement pour la participation sectorielle à l'élaboration des politiques du Ministère (1,1 M$), réduction causée par un rajustement aux régimes d'avantages sociaux des employés (1,5 M$), diminution associée à l'élimination graduelle de la Stratégie de la biotechnologie pour la génomique (1,8 M$), réduction du financement du Centre d'excellence pour le bien-être des enfants (1,8 M$), diminution liée à des conventions collectives récemment approuvées qui n'étaient pas prises en compte en 2005–2006 (2,0 M$), réduction liée à l'exercice de réaffectation gouvernementale de un milliard $ (6,5 M$), réduction pour les rajustements qui ont été pris en compte dans le Budget supplémentaire de dépenses de 2004–2005 pour l'année 2005–2006[1] (28,5 M$), et réduction du financement pour l'hépatite C – Services de soins[2] (50,1 M$).

L'augmentation des dépenses nettes prévues de 16,0 M$ de 2005–2006 à 2006–2007 est attribuable à l'octroi de fonds additionnels de 10,2 M$ par suite de l'achèvement de l'entente de cinq ans avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour le VIH/sida, à un financement par reconduction de 7,4 M$ pour le système pancanadien de santé publique, à un financement par reconduction de 4,4 M$ pour le VIH/sida, à un financement par reconduction de 2,5 M$ pour le programme de contributions pour les bourses de recherche/bourses/bourses d'études, à l'élimination graduelle du financement de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) (0,8 M$), à une réduction du financement pour la Stratégie canadienne antidrogue (1,0 M$), à une réduction du financement par suite de la disparition progressive du Centre d'excellence pour le bien-être des enfants (1,7 M$) et à une réduction causée par une augmentation de la part de l'ASPC dans l'exercice de réaffectation gouvernementale de un milliard $ (5,0 M$).

L'augmentation de 3,5 M$ dans les dépenses nettes prévues de 2006–2007 à 2007–2008 est due à un financement par reconduction de 4,7 M$ pour le VIH/sida et à une réduction causée par une augmentation de la part de l'ASPC dans l'exercice de réaffectation gouvernementale de un milliard $ (1,2 M$).

1 Inclut la Stratégie canadienne sur le diabète, le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, le report de fonds non utilisés du Budget de fonctionnement, le Partenariat intergouvernemental avec les communautés de langue officielle (PICLO) et les programmes de publicité du gouvernement (Grossesse en santé). Le Budget de 2005 prévoit un nouveau financement de 18 M$ par année (remplace le financement de 15 M$ par année qui devait prendre fin en mars 2005) pour la Stratégie canadienne sur le diabète, de même qu'un financement ponctuel de 10,7 M$ en 2005–2006 destiné au Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C.

2 Cette réduction est due à une avance ponctuelle en 2004–2005 qui ne reviendra pas en 2005–2006. Cette avance est prévue au budget tous les cinq ans. Ce poste apparaîtra à nouveau en 2009–2010.

Tableau 2 : Activité de programme en 2005–2006 (en millions de dollars)

Activité de programme	Fonctionnement	Subventions et contributions	Dépenses brutes	Revenus	Total Budget principal des dépenses	Rajustements (dépenses non prévues dans le Budget principal des dépenses)	Dépenses nettes prévues
Santé de la population et santé publique	259.2	164.0	423.2	0.1	423.1	9.3	432.4

Tableau 3 : Postes votés et législatifs indiqués dans le Budget principal (en millions de dollars)

Poste voté ou législatif	Libellé tronqué pour le poste voté ou législatif	2005–2006	2004–2005[1]
30	Dépenses de fonctionnement	234.7	0
35	Subventions et contributions	164.0	0
(L)	Contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés	24.4	0
	Total pour le Ministère	423.1	0

Les postes législatifs (L) sont présentés à des fins d'information seulement car il s'agit de dépenses fixes par suite d'une loi qui ne sont pas votées par le Parlement.

1 L'ASPC faisait partie de Santé Canada l'an dernier et les montants ont été inclus dans le Budget principal des dépenses de Santé Canada. Une somme de 410,3 M$ a été transférée de Santé Canada pour l'année financière 2004–2005, comme le montre le tableau 1 de la présente section.

Tableau 4 : Coût net pour le Ministère au cours de 2005–2006 (en millions de dollars)

Dépenses nettes prévues (Budget principal des dépenses brutes plus rajustements)	422,4
Annonces du Budget	
Initiatives du Budget de 2005	93,3
Comité d'examen des dépenses	
Initiatives du Ministère	-3,5
Économies à l'échelle du gouvernement – approvisionnement	-0,4
Total des dépenses nettes prévues	606,7
Plus : Services reçus à titre gracieux	
Locaux fournis par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC)	9,8
Contributions de l'employeur aux primes du régime d'assurance des employés et dépenses payées par le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT)	9,8
Total des services reçus à titre gracieux	19,8
Coût net pour le Ministère	697,5

1 Part de l'ASPC du coût des locaux de Santé Canada qui sont fournis par TPSGC. La part est basée sur les ETP.

Tableau 5 : Sources des revenus – Revenus disponibles (en millions de dollars)

Activité de programme	Prévisions de revenus 2004–2005	Revenus prévus 2005–2006	Revenus prévus 2006–2007	Revenus prévus 2007–2008
Santé de la population et santé publique				
Vente de trousses de premiers soins pour les casernes et les organes aux ministères et organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux, aux aéroports et à d'autres organismes réglementés par le gouvernement fédéral	0,1	0,1	0,1	0,1
Total des revenus disponibles	0,1	0,1	0,1	0,1

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert concernant l'Agence de santé publique du Canada

Au cours des trois prochaines années, l'Agence de santé publique du Canada gérera les programmes suivants de paiements de transfert de plus de cinq millions $:

De 2005–2006 à 2007–2008

Subventions à des personnes ou à des organismes pour financer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation et du perfectionnement ainsi que de la recherche.

Subvention accordée à l'Initiative fédérale en réponse au VIH/sida au Canada

Contributions à des personnes et à des organismes pour financer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation et du perfectionnement ainsi que de la recherche.

Contributions à des organisations communautaires sans but lucratif pour financer, à long terme, l'élaboration et la prestation de services de prévention et d'intervention précoce visant à lutter contre les problèmes de santé et de développement que connaissent les jeunes enfants à risque au Canada.

Contributions accordées à l'Initiative fédérale en réponse au VIH/sida au Canada

Contributions à des organisations et institutions autochtones locales ou régionales sans but lucratif constituées en sociétés dans le but d'élaborer des programmes d'intervention précoce pour les enfants autochtones d'âge préscolaire et leur famille

Pour obtenir plus de renseignements sur les programmes susmentionnés de paiements de transfert, consulter http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp.

Tableau 7 : Initiatives horizontales

Au cours des trois prochaines années, l'Agence de santé publique du Canada dirigera l'initiative horizontale suivante :

- Initiative fédérale en réponse au VIH/sida au Canada.

Pour obtenir plus de renseignements sur toutes les initiatives horizontales du gouvernement, consulter http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp.